

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

POR UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA CRÍTICA

Reflexões a partir de uma experiência em redução de riscos e minimização de danos

Rita de Aires Pacheco Domingues

Outubro 2018

Relatório científico-profissional para a obtenção do grau de mestre por licenciados/as em Psicologia pré-Bolonha com experiência profissional superior a cinco anos, no Mestrado Integrado de Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientado pela Prof. Doutora **Marta Sofia de Sousa Pinto** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo deste relatório científico-profissional reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Este relatório científico-profissional pode conter incorreções, tanto conceptuais, como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar este relatório científico-profissional, a autora declara que o mesmo é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga no presente relatório científico-profissional quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

L'indifférence est une infirmité de l'esprit et du coeur.

Françoise Giroud

Knowing is not enough; we must apply. Willing is not enough; we must do.

Goethe

AGRADECIMENTOS

But after we commit ourselves to do something, how do we know what we're doing is the right thing? For this, we need accountability, to ourselves and others.

Nelson & Prilleltensky, 2010 (p. 103)

Este trabalho é, ainda que académico, uma viagem muito pessoal. Um momento de prestação de contas. Um exercício inquieto de construção de identidade, de conciliação das minhas práticas profissionais com a minha história, os meus valores e interesses pessoais. Refletir sobre o meu trabalho é também refletir sobre quem sou, quem me tenho tornado e quem quero ser. Por isso, às tantas pessoas que têm contribuído para me tornar pessoa e profissional, e não caberão todas aqui, a minha gratidão.

À FPCEUP, o sítio onde comecei a tornar-me psicóloga e onde agora regresso para reencontrar as primeiras e importantes influências da minha identidade profissional. Ao professor e às professoras que terei sempre como referências na minha formação: Luís Fernandes, Alexandra Oliveira, Isabel Menezes. Ao Luís, pelo espanto que começou na primeira aula de Epistemologia e História da Psicologia, em 99. Por me acolher neste regresso à FPCEUP e me deixar revisitar as suas aulas. À Alexandra, pelos tempos de distribuição de panfletos em bares de trabalho sexual e na rua. Por mostrar como o trabalho, também o académico, é conciliável com a tomada de posição, o compromisso e o ativismo. À Prof. Isabel Menezes, pelas primeiras e basilares noções sobre intervenção comunitária. Por citar José Mário Branco nas aulas. Por me inspirar, e a tantos/as outros/as, “a arriscar transgredir as fronteiras dos saberes e dos poderes”.

À Marta Pinto, minha orientadora, por aceitar guiar-me neste exercício. Por me acolher a inquietação com tanta gentileza e empatia. Pela generosidade e inteligência da crítica. Por toda a confiança, apoio e orientação.

À minha família. Meu colo, meu amparo.

Pelos valores. Pelo amor incondicional e pelo estímulo.

Ao meu pai, Manuel José. Por me levar ao Casal Ventoso e ao Intendente quando lhe pedi, num voyeurismo adolescente que viria a revelar-se sinal duma espécie de vocação. Por me contar as suas histórias de luta pelo 25 de abril e me mostrar que a liberdade e a justiça social precisam a todo o tempo de ser defendidas. Por ser um exemplo de retidão e achar graça à irreverência que me conheceu. Sei que estaria muito orgulhoso.

À minha mãe, Catarina. Pelo exemplo de força e determinação. Por estar sempre presente. Pelo colo. Por me trazer à terra e me amparar as quedas. À minha irmã, Joana. Por me escutar como ninguém. Por ser a minha mais antiga e maior cúmplice. Às duas, por me terem posto nos trilhos da psicologia quando lhes disse que queria ajudar pessoas e mudar o mundo.

À minha tia, Mariana, pela ternura com que guarda e conta cada história da minha infância. Por aceitar as minhas ausências e me mimar.

Aos/às colegas dos projetos por onde passei e me fui fazendo técnica de RRMD. Ao GIRUGaia: Alina Santos, Daniel Pernil, Mariana Oliveira, Marlene Figueiredo, Nuno Lourinho, Pedro Machado, Sandrine Dias, Susana Peixoto. Ao CHECK!N: Filipa Soares, Hugo Carabineiro, Mariana Garcia, Pedro Vilarinho, Cláudia Rodrigues, Helena Valente, Daniel Martins.

Ao IN-Ruas, onde vivi os mais difíceis e os mais gratificantes momentos profissionais e onde me confirmei psicóloga comunitária crítica. A todos/as os/as colegas, pela paciência, pelo trabalho e pela defesa da RRMD e dos/as utentes, apesar das adversidades. À Ângela Guise, ao Carlos Santos, à Janete Gonçalves. Ao Renato Freitas, por me desafiar como líder e exigir tanto de mim. À Ana Martins, por me fazer esperar pelas respostas ponderadas, quando lhe fazia mil perguntas em catadupa. À Cátia Costa, pela lealdade e espírito de equipa, mesmo tendo sido a última a chegar. À Paula Pacheco, pelo trabalho dedicado, por todas as páginas de diário de campo que dão vida a este trabalho, pela cumplicidade e confiabilidade, pelo exemplo de humildade, coragem e consequência. À Manuela Freitas, pelo incentivo e pelo mimo, por ter sido muito mais que uma supervisora, por ter estado sempre connosco. À Judite Abreu, que tornou mais fáceis os últimos metros da corrida.

Ao R3. A todos/as os/as colegas, pela partilha, pelas doses de ativismo, conhecimento, energia e motivação que tantas vezes precisei de abastecer para contagiar a minha equipa. À Marília Costa, pelo apoio e pela cumplicidade que foram crescendo nos últimos anos. E à Marta Pinto, claro, especial cuidadora da rede que ajudou a fundar.

A todos/as os/as utentes com quem me cruzei, por me deixarem fazer parte das suas vidas. Pela confiança, pelo exemplo de resistência e resiliência, por tudo quanto me ensinaram. As suas histórias trouxeram mais sentido à minha.

Às pessoas que neste último ano têm chegado à minha vida e às que têm saído dela. O mundo tem-se organizado para equilibrar a balança com generosidade.

À Marta Borges, por me ter seduzido para o mundo das drogas. À Mariana Garcia, por me inspirar a fazer um relatório científico-profissional. À Helena Valente, pelas conversas, pelas orientações iniciais na pesquisa, artigos, lições de *endnote* e traduções. Por tornar os meus dias de regresso à FPCEUP mais bonitos. À Ana Costa, pelas dicas sobre o mundo da psicologia comunitária. Ao Daniel Martins, por me lembrar de descomplicar. Às revisoras e ao revisor de texto: Catarina, Joana e Alexandre.

À Paula Leal e ao Randdy Ferreira. Pela inestimável ajuda profissional.

À Ana Duarte Ribeiro, pela mestria e generosidade com que me ajudou a ficar desconfortável até que tomasse a mais importante e libertadora decisão.

À Paula Afonso, pela partilha de ofícios, que tornaram ainda mais cheios estes últimos meses. À Maria José Cardoso, pela disponibilidade de sempre e pela curiosidade por este trabalho.

À Lúcia Ferro, à Mariana Gomes e à Liliana Ribeiro. Pela amizade, que resiste a todas as ausências.

Às duas pessoas incríveis com quem anoiteço e amanheço feliz. Obrigada pelo amor e pela alegria com que me enchem os dias.

Ao Alexandre. Por tudo. Pelo equilíbrio. Pela paciência. Pelo apoio em todos os momentos. Por ser companheiraço. Por ser o pai chocolate que nos adoça a vida.

Ao João. Por me eleger sua *Mamagu*. Por ser o mais desafiante e mais bonito de todos os projetos.

Que sorte que eu tenho.

Obrigada.

RESUMO

O presente relatório científico-profissional resulta de um processo reflexivo de questionamento e integração conceptual e teórica sobre a minha experiência profissional como psicóloga comunitária em respostas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD).

Ancorando o meu olhar sobre o desvio e o consumo de drogas na Sociologia da Desviância, encontro na Psicologia Comunitária Crítica a bússola orientadora da minha intervenção em RRMD, que convoco para esta reflexão.

Com uma abordagem qualitativa, hermenêutica e crítica, assente em descrições de situações e de experiências subjetivas, procuro dar conta, por um lado, do estigma que as pessoas com consumos problemáticos de drogas parecem experienciar na comunidade, particularmente no contacto com o sistema público de prestação de cuidados e, por outro lado, da forma como isso se espelha na reação ao projeto de RRMD. As vivências dos/as utentes e da equipa de rua são ilustradas com recurso aos registos de diário de campo e outras informações técnicas produzidas pela equipa ao longo de quase 9 anos de trabalho de terreno.

Utilizando a minha experiência numa equipa de rua como analisador, discuto os constrangimentos das equipas e aquelas que do meu ponto de vista são as limitações da RRMD enquanto intervenção comunitária crítica. Por fim, reflito sobre a importância desta experiência no desenvolvimento da minha identidade como psicóloga.

Palavras-chave: consumo de drogas; redução de riscos e minimização de danos; estigma; serviços de apoio; psicologia comunitária crítica.

ABSTRACT

This scientific-professional report results from a reflexive process of questioning and conceptual and theoretical integration of my professional experience as a community psychologist working in Harm Reduction.

This reflection rests in the Sociology of Deviance to analyze deviance and drug use and uses Critical Community Psychology as a compass for my intervention in Harm Reduction.

With a qualitative, hermeneutical and critical approach, based on the descriptions of situations and subjective experiences, I try to account, on the one hand, the stigma that people with problematic drug use seem to experience in the community, particularly in contact with the public health system, and on the other hand, how this is reflected in their reaction to the Harm Reduction project. The experiences of the users and the outreach team members are illustrated by extracts of the field diary and other technical information reports produced by the team members in almost 9 years of outreach work.

Using my own experience as an analyzer, I discuss the constraints outreach teams are subjected, and those that in my view are the limitations of Harm Reduction as a framework for critical community intervention. Finally, I reflect on the importance of this experience in the development of my identity as a psychologist.

Keywords: drug use; harm reduction; stigma; support services; critical community psychology.

RÉSUMÉ

Ce rapport scientifique-professionnel est le résultat d'un processus réflexif de questionnement et d'intégration conceptuelle et théorique de mon expérience professionnelle comme psychologue communautaire en réponses de Réduction des Risques (RDR).

Sur l'ancrage de la Sociologie de la Déviance par rapport à la déviance et à l'usage de drogues, je trouve dans la Psychologie Communautaire Critique la boussole qui guide mon intervention dans la RDR, que j'appelle à cette réflexion.

Avec une approche qualitative, herméneutique et critique, basée sur des descriptions de situations et expériences subjectives, je cherche à raconter, d'une part, la stigmatisation que les personnes avec usages problématiques de drogues semblent éprouver dans la communauté, en particulier dans les contacts avec le système de soins publics et, d'autre part, la façon comme ça se reflète dans la réaction au projet de RDR. Les expériences des utilisateurs/utilisatrices et de l'équipe de rue sont illustrées avec les registres de journal de terrain et d'autres informations techniques produites par l'équipe pendant près de 9 ans de travail sur le terrain.

En utilisant mon expérience dans une équipe de rue comme analyseur, je discute les restrictions imposées aux équipes et, à mon avis, les limites de la RDR comme intervention communautaire critique. Enfin, je réfléchis sur l'importance de cette expérience pour le développement de mon identité de psychologue.

Mots-clés: usage de drogues; réduction des risques; stigmatisation; services de soutien; psychologie communautaire critique.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APDES – Agência Piaget para o Desenvolvimento

CRI – Centro de Respostas Integradas

EAPN – European Anti-Poverty Network/ Rede Europeia Anti-Pobreza

ER – Equipa de Rua

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

GCDP – Global Commission on Drug Policy

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

NIMBY – Not In My Back Yard

NLI – Núcleo Local de Inserção

PSO-ALE – Programa de substituição opiácea de alto limiar de exigência

PSO-BLE – Programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência

PTC – Programa de Terapêutica Combinada

PTS – Programa de Troca de Seringas

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

RSI – Rendimento Social de Inserção

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UM – Unidade móvel

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
1. Sociologia da Desviância	4
2. Psicologia Comunitária Crítica	6
3. Redução de Riscos e Minimização de Danos	10
NOTÍCIAS DE UM PROJETO COMUNITÁRIO DE RRMD	15
1. <i>Vai onde te leva o mediador</i> : os primeiros passos na relação entre equipa e utentes ..	17
2. NIMBY: o medo à cidade e a rejeição comunitária à equipa de rua	20
3. Vigiar e punir: sobre as relações entre serviços e pessoas consumidoras de drogas....	23
4. <i>Advocacy</i> ou intromissão? Das relações entre equipa de rua e serviços	33
CONSIDERAÇÕES	38
1. A minha experiência como analisador da subalternização da RRMD em Portugal	39
2. R3: experiências partilhadas, conscientização e resistência.....	42
3. Como a RRMD me confirmou psicóloga comunitária crítica.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

INTRODUÇÃO

Quem se embrenha no labor do terreno agreste dos territórios psicotrópicos duros (Fernandes, 1998) não sai incólume da incursão e a reflexão relativa a essa viagem impõe-se.

Pinto & Peixoto, 2003 (p. 52)

O trabalho que agora apresento resulta de um processo reflexivo, teórica e empiricamente fundamentado, em torno da minha experiência como psicóloga e coordenadora de um projeto de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD).

O meu primeiro contacto com a RRMD fez-se em 2004. A concluir a licenciatura em Psicologia, integrei como voluntária o projeto GIRUGaia¹, que desenvolvia em Vila Nova de Gaia uma resposta tipificada como equipa de rua, com programa de troca de seringas (PTS) e com programa de terapêutica combinada (PTC), dirigida a pessoas com consumos problemáticos de drogas em situação de vulnerabilidade biopsicossocial.

Seguiu-se o CHECK!N², que integrei de 2006 a 2008, um projeto de RRMD que tinha como principal objetivo a promoção da saúde e segurança dos/as frequentadores/as de contextos recreativos, com especial atenção aos consumos de substâncias psicoativas, promovendo uma tomada de decisão informada. Através de espaços de contacto em contextos recreativos e em plataformas online eram disponibilizados materiais e informação de RRMD, prestando também um serviço de *drug checking* (Martins et al., 2015).

De 2008 a 2018 coordenei o projeto IN-Ruas³. Dirigido a pessoas com consumos problemáticos de drogas e em situação de exclusão social (Capucha, 2005; Costa, 1998; Fernandes, 2014; Paugam, 1996), desenvolvia uma resposta de RRMD com atuação no centro histórico de Guimarães, mediante implementação de uma equipa de rua com PTS, promovendo, por um lado, a redução dos comportamentos de risco mediante informação e

¹ Promovido pela APDES e cofinanciado inicialmente pelo então IDT, IP. e depois pelo SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

² Promovido pela APDES, então cofinanciado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, e a partir de 2010 pelo IDT, IP. e depois pelo SICAD

³ Promovido pela Sol do Ave – Associação para o Desenvolvimento Integrado do Vale do Ave e cofinanciado pelo IDT, IP. até 2012 e, após interrupção de financiamento durante o ano de 2013, cofinanciado pelo SICAD.

disponibilização de materiais de RRMD e, por outro lado, a aproximação e mediação com os serviços sociais e de saúde, através de encaminhamento e acompanhamento às estruturas.

Transversalmente aos diferentes projetos, tenho participado no R3 – Riscos Reduzidos em Rede – quer através das equipas ou projetos que integrei, quer depois como membro individual. O Grupo R3, fundado em 2004, é uma rede de âmbito nacional, sem fins lucrativos, constituída por organizações, equipas/projetos, profissionais e especialistas comprometidos com a promoção da Redução de Riscos e Minimização de Danos em Portugal.

Dos três projetos de RRMD que aqui referi, o GIRUGaia e o IN-Ruas distinguem-se do CHECK!N sobretudo pelo contexto de implementação e pelas populações com quem intervêm. Enquanto este tem como lugar de ação a cena recreativa e se dirige a pessoas com consumos que não são necessariamente problemáticos (Cruz & Machado, 2010; Valente et al., 2018) e que não se encontram em situação de exclusão social, os dois primeiros atuam em contexto de rua e com populações com consumos problemáticos e em situação de exclusão social (Capucha, 2005; Costa, 1998; Paugam, 1996): “actores de longa trajectória nas drogas, com quadros de vida marcados pela precariedade e pela marginalidade – aqui tomada como distância em relação aos mecanismos centrais da integração social: a família (a de origem ou a que já haviam em tempos constituído), a escola, o trabalho. A rua é, pois, o lugar de quem se distanciou doutros lugares sociais.” (Fernandes & Araújo, 2010, p. 17). É sobre o trabalho com estas populações, em particular sobre as reações e relações que se estabelecem entre as pessoas que consomem drogas e os serviços sociais e de saúde, e entre estes e as equipas de RRMD, que centrarei a análise a que me proponho.

Este trabalho resulta, antes de mais, de uma necessidade de contar o que vi e de refletir criticamente sobre o que foi vivido no terreno a partir de uma experiência interventiva. Não é investigação. É antes um exercício de análise e compromisso com as histórias que construímos em parceria. E por isso, este olhar não é neutro. Vi a heterogeneidade de atores/atrizes sociais na comunidade, de práticas profissionais e abordagens dos serviços. Vi relações positivas, de suporte, de apoio. Mas escolho debruçar-me sobre as dinâmicas de segregação e rejeição. Porque estas influenciaram profundamente o posicionamento da equipa na intervenção. E porque são essas que creio ser necessário retirar da invisibilidade para compreender e procurar transformar.

Divido em três partes este relatório científico-profissional:

- Na primeira parte enquadro teoricamente as linhas que me guiam na interpretação e na ação. A Sociologia da Desviância, influenciada pelo Interacionismo Simbólico, enforma o meu olhar sobre o contexto, os/as atores/atrizes sociais e as dinâmicas que observei, enquanto a Psicologia Comunitária Crítica enquadra a minha experiência interventiva no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos.
- Na segunda parte dou conta, por um lado, do estigma e da exclusão que as pessoas com consumos problemáticos de drogas experienciam na comunidade, particularmente no contacto com o sistema público de prestação de cuidados e, por outro lado, da forma como isso se espelha na reação ao projeto de RRMD. Parto das vivências dos/as utentes e da equipa do projeto, registadas em diário de campo e noutras informações técnicas produzidas pela equipa ao longo de quase 9 anos de trabalho de terreno, com vista a ilustrar as situações que sustentam a minha análise.
- Na terceira parte, utilizando a minha experiência numa equipa de rua como analisador, discuto os constrangimentos das equipas e aquelas que do meu ponto de vista são as limitações da RRMD enquanto intervenção comunitária transformadora. Por fim, reflito sobre a importância desta experiência no desenvolvimento da minha identidade como psicóloga.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente exercício retrospectivo e de análise crítica assenta, em termos teóricos, em três grandes eixos: a Sociologia da Desviância, a Psicologia Comunitária Crítica e a Redução de Riscos e Minimização de Danos. A Sociologia da Desviância constitui a minha principal lente sobre os comportamentos, vivências e sentidos que pude aceder através dos/as atores/atrizes sociais com quem contactei. Já a intervenção desenvolvida no terreno centra-se na Redução de Riscos e Minimização de Danos, numa abordagem para mim fortemente inspirada na Psicologia Comunitária Crítica.

1. Sociologia da Desviância

A Sociologia da Desviância, ancorada no Interacionismo Simbólico, é a lente que enforma o meu olhar sobre o desvio, o estigma, a reação social e, como tal, influencia profundamente as minhas escolhas interventivas, que estarão no centro da reflexão a que me proponho.

Constituindo-se como uma teoria com abrangência em várias áreas disciplinares, o Interacionismo Simbólico tem três premissas básicas que importa destacar: 1) o ser humano comporta-se em relação às coisas em função do significado que estas têm para si; 2) esses significados são produtos sociais, uma vez que resultam da interação que cada pessoa tem com as demais; 3) esses significados são tratados e modificados pelo ser humano através dum processo interpretativo quando este lida com as coisas com que se confronta (Blumer, 1982/1969). O Interacionismo Simbólico enfatiza, portanto, a base social do comportamento humano e sublinha a variabilidade das respostas individuais nas situações sociais, servindo de grelha às investigações no campo da Sociologia da Desviância. As análises interacionistas do desvio, inspiradas nos trabalhos de George H. Mead, e desenvolvidos a partir dos anos 20 pela Escola de Chicago, colocam a ênfase na construção social do desvio, no papel das instâncias de controle social na sua construção, na forma como os rótulos são atribuídos e nas consequências para aqueles/as que rotulam e para os/as que são rotulados/as.

Decisivos na afirmação do pensamento construtivista (Fernandes, 2011), destaco como principais referências nas minhas escolhas teóricas os trabalhos de autores como Goffman

(1963), Becker (1963), Matza (1969), Young (1971) e Cohen (1972). O desvio não é uma característica intrínseca do comportamento (Becker, 1963; Matza, 1969; Young, 1971). O consumo de drogas, por exemplo, pode ter múltiplos significados e estes só podem ser compreendidos se contextualizados (Young, 1971).

Enquanto Goffman (1963) considera que o estigma, dirigido a pessoas e grupos socialmente desfavorecidos, é estabelecido a partir da violação das expectativas normativas da sociedade, Becker (1963) fala da negociação dos rótulos desviantes nas interações sociais, havendo grupos de pessoas que decidem e rotulam quem e o que deve ser considerado à margem da normalidade. São os *empresários da moral*, capazes de impor os seus valores através de mecanismos ideológicos e repressivos (Becker, 1963; Young, 1971). Ao sobrevalorizar no outro a dimensão do desvio, o processo de atribuição do rótulo pode funcionar como uma profecia que se autocumpre, limitando as escolhas dos sujeitos rotulados, que interiorizam a ideia de incapacidade para se desvincular desse rótulo. Matza (1964) acrescenta ao poder do rótulo externo a dimensão de autodeterminação e capacidade de escolha dos indivíduos, cujo comportamento transgressivo convive com os valores tradicionais, tornando-os capazes de justificar a sua ação, mediante técnicas de neutralização. Ainda de acordo com a teoria da rotulagem, as imagens veiculadas sobre as drogas são distorcidas em substância e dimensão, em grande parte pela amplificação dos media que promovem o pânico moral (Becker, 1963; Cohen, 1972; Young, 1971). Os *outsiders* e os *empresários da moral*, o estigma, o pânico moral, chegam a parecer-me resultado do conhecimento aprofundado do território e dos/as atores/atrizes sociais com quem me cruzei no terreno.

De facto, as representações sociais negativas sobre as pessoas com consumos de drogas assumem particular importância ao nível da intervenção social, uma vez que “do tipo de representação que o trabalhador/ator social tem da população com a qual trabalha podem decorrer diferentes comportamentos profissionais, naturalmente com diferentes resultados”. (Baptista et al., 1995 in Albergaria et al., 2014, p. 37). As palavras de Fernandes (2005) sintetizam magistralmente a relevância do Interacionismo Simbólico e das questões do estigma na desviância para o presente trabalho:

“(…) a marginalidade resulta, em primeira instância, do nosso olhar sobre os outros. A naturalização do olhar coisifica a realidade e dispensa a compreensão dos mecanismos que produzem as hierarquias e as desigualdades. A coisificação traduz-se, no pensamento elementar do senso comum, em expressões como: são assim porque não querem trabalhar, não

saem da droga porque não têm força de vontade, andam a pedir porque são preguiçosos (...). A questão das representações coletivas é decisiva no modo como a gestão urbana destes problemas pode ser levada a cabo: se o Outro está naturalizado enquanto estranho, desviante, marginal, antissocial..., o mais provável é que haja a tentação simplista de políticas de restauração da ordem limpando os espaços públicos de indivíduos ou grupos que não se enquadram na definição oficial do que deve ser o espaço público; se, pelo contrário, podemos compreender os mecanismos de produção da nova pobreza urbana, a presença de tais indivíduos e grupos é percebida como resultante das próprias dinâmicas urbanas (...). A decisão sobre as políticas sociais a empreender está, pois, intimamente ligada às representações sociais circulantes. Daí a grande responsabilidade dos técnicos na sua construção e mobilização. O momento fundador deste exercício é o autoexame das suas próprias crenças e a desconstrução dos seus estereótipos” (p. 29).

2. Psicologia Comunitária Crítica

A critical approach should, however, be committed to axiological and political principles, impose a duty to reflect upon and question, as well as to intervene in practice.

Coimbra & Menezes, 2009 (p. 92)

A Psicologia Comunitária surge na década de 60, num período de grandes transformações não só na área da Saúde Mental mas na sociedade em geral (Ornelas, 1997). Nos EUA viviam-se tempos de crescimento dos serviços de saúde mental, de rápida expansão da psicologia clínica e num contexto sociopolítico de emergência de vários movimentos sociais, designadamente em torno dos direitos civis, das mulheres, da defesa da paz no contexto da guerra no Vietname, e mais tarde o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência e os movimentos LGBT (Nelson & Prilleltensky, 2010). A constatação do hiato entre o âmbito dos problemas de saúde mental e os recursos disponíveis, a insatisfação com o modelo médico da saúde mental, com um claro viés de classe média na provisão de psicoterapia, e

o reconhecimento da importância do contexto social para o bem-estar são determinantes para a emergência deste campo da Psicologia (*idem*).

O modo como a Psicologia Comunitária se desenvolveu no resto do mundo tem semelhanças com o processo nos EUA, havendo naturalmente contextos particulares que influenciaram a forma que tomou nesses países (*idem*), designadamente os regimes ditatoriais vividos quer na América do Sul quer na Europa. É curioso, de facto, que apesar do papel que a Psicologia teve (e tem) na naturalização da opressão, conforme denuncia a Psicologia Crítica, foi vista pelos vários regimes autoritários no mundo como uma ameaça e um desafio ao *status quo* (Teixeira et al., 2009).

Na América Latina, a Psicologia Comunitária teve várias influências particulares. Nos anos 50 e 60, a abordagem educativa desenvolvida por Paulo Freire influenciou muito a intervenção social, com os conceitos de conscientização (desenvolvimento da consciência das circunstâncias psicológicas e sociopolíticas opressoras) e de praxis (reflexão crítica e ação sobre o mundo para transformá-lo). Este ciclo de reflexão e ação na intervenção social constituiu um modelo basilar para a Psicologia Comunitária da América Latina. Este ramo da Psicologia tem aí uma forte orientação para o ativismo social e o desenvolvimento da comunidade (Montero, 2004; Wiesenfeld, 1998, in Nelson & Prilleltensky, 2010), como é exemplo o compromisso social e político de Ignacio Martín-Baró. Apesar de, por um lado, o desenvolvimento da Psicologia Comunitária ter sido dificultado nos países da América Latina que tinham regimes ditatoriais, por outro lado essas condições criaram uma forte e duradoura ligação entre este ramo da Psicologia e as causas políticas relacionadas com o desenvolvimento da consciência social (Montero, 2004, 2007; Nelson & Prilleltensky, 2010).

Em Portugal, em consequência de um regime ditatorial de inspiração fascista entre 1926 e 1974, os direitos individuais, sociais e políticos foram, até à revolução de 1974, extremamente limitados. Mesmo que a violência do regime não possa ser comparada com as ditaduras militares da América do Sul, os objetivos de manter os baixos níveis educacionais e culturais da população e de restringir as iniciativas para o desenvolvimento da sociedade civil foram semelhantes e conseguidos (Menezes et al., 2007). Com o 25 de Abril dá-se uma viragem em termos de abertura da sociedade civil e do exercício da cidadania, com implicações relevantes ao nível das iniciativas de intervenção comunitária, particularmente na área das campanhas de alfabetização inspiradas, também aqui, pelo trabalho de Paulo Freire (*idem*). Apesar do estágio inicial de desenvolvimento em que a Psicologia se

encontrava até meados dos anos 80 em Portugal, as intervenções comunitárias desenvolvidas neste período permitem perceber as bases teóricas da Psicologia Comunitária no país, com uma forte influência dos autores da América do Norte, ainda que combinada com referências europeias (*idem*).

Enquanto que a Psicologia tradicionalmente colocou o seu foco num nível de análise individual, o que levou e leva muitas vezes a uma culpabilização da vítima (Montero, 2004; Nelson & Prilleltensky, 2010; Prilleltensky & Nelson, 2002), a Psicologia Comunitária considera sempre a pessoa em contexto, numa abordagem mais holística e ecológica, não dispensando o nível de análise que permite a construção de um quadro de referência crítico em relação ao contexto cultural e político no qual os seus objetos de estudo e intervenção estão inevitavelmente imersos (Coimbra & Menezes, 2009). Rappaport (1977) destaca as seguintes dimensões na discussão em torno da Psicologia Comunitária: a sua natureza ecológica (o ajuste entre as pessoas e seus ambientes); a importância da diversidade e da relatividade culturais para que as pessoas não sejam julgadas perante um padrão ou valor único (uma tentativa de apoiar o direito de cada pessoa de ser diferente sem o risco de sofrer sanções materiais e psicológicas); e um foco na mudança social (para uma distribuição o mais equitativa de recursos psicológicos assim como materiais). Para Montero (2004), a mudança social é precisamente o objeto desta área da Psicologia.

Os conceitos de poder, de opressão, de libertação e de bem-estar são centrais na Psicologia Comunitária (Nelson & Prilleltensky, 2010; Prilleltensky & Nelson, 2002). O poder refere-se à capacidade e oportunidade de satisfazer ou de obstruir as necessidades pessoais, relacionais e coletivas (poder de oprimir ou poder de lutar pela libertação e pelo bem-estar). A opressão é um conceito relacional que implica relações assimétricas de poder entre indivíduos, grupos, comunidades ou sociedades, sendo experienciada a diferentes níveis: pessoal (internalização das narrativas culturais dominantes sobre si próprio/a que levam autoculpabilização e a sentimentos de desvalor), relacional (as pessoas desfavorecidas são muitas vezes vistas como inferiores e tratadas como tal pelas pessoas que têm mais poder) e coletivo (as práticas sociais opressivas manifestam-se nas políticas e contextos comunitários). A libertação é o processo de resistência à opressão e a luta pelo bem-estar psicológico e político (Nelson & Prilleltensky, 2010; Prilleltensky & Nelson, 2002). A Psicologia Comunitária não está só preocupada com a libertação da opressão, mas também com a conquista de bem-estar a todos os níveis: pessoal (controlo pessoal, escolha, autoestima, competência, independência, direitos políticos e identidade positiva), relacional

(a pessoa tem relações positivas e de suporte e pode participar livremente na esfera social, comunitária e política) e coletivo (a pessoa consegue ter recursos básicos como emprego, rendimento, educação e habitação) (*idem*).

O bem-estar coletivo está para a Psicologia Comunitária como a paz positiva está para a Psicologia da Paz. A paz positiva implica não só a ausência de violência direta, mas também a inexistência de violência estrutural, que consiste na ofensa crônica à integridade das pessoas, com origem nas estruturas econômicas e políticas da sociedade, e que ocorre quando as pessoas são vítimas de opressão política, econômica ou social (Barbosa et al., 2013). Enquanto o *peacemaking* visa reduzir a violência direta, o *peacebuilding* procura minimizar a violência estrutural, em dois grandes eixos: culturalmente, visando a transformação de crenças ou narrativas culturais que alimentam o poder de um grupo sobre outro; e politicamente, procurando a transformação dos sistemas políticos opressores que limitam direitos civis e políticos. O *peacebuilding* implica, ainda, a mudança das estruturas econômicas que privam as pessoas dos recursos necessários ao crescimento e desenvolvimento sustentáveis (Christie, 2001; Galtung, 1990, in Barbosa et al., 2013).

A Psicologia Comunitária sublinha a importância de as pessoas desfavorecidas reclamarem poder para se libertarem da opressão. Mas os mecanismos de resistência tomam lugar apenas quando as pessoas oprimidas alcançam um certo grau de conscientização (Prilleltensky & Nelson, 2002; Prilleltensky, 2003). A mudança social começa muitas vezes, precisamente, quando as pessoas em desvantagem reconhecem e compreendem as circunstâncias psicológicas e políticas injustas que as oprimem (*idem*). É este processo de conscientização (Freire, 1979), análogo ao processo de libertação (Nelson & Prilleltensky, 2010) que inicia um caminho de empoderamento e de conquista de bem-estar. O processo de conscientização contempla três dimensões: 1) a pessoa transforma-se ao mudar a sua realidade através de um processo ativo e dialético, 2) através da descodificação do seu mundo a pessoa percebe os mecanismos que a oprimem e desumanizam, desnaturalizando a opressão e abrindo novos horizontes de ação, 3) o novo saber da pessoa sobre a sua realidade abre-a a um novo saber sobre si mesma e sobre a sua identidade social, o que lhe permite não só perceber a origem daquilo que é mas também aquilo que pode vir a ser (Martín-Baró, 1996).

Algumas vezes referida como a consciência social da Psicologia, para Nelson & Prilleltensky (2010) a Psicologia Comunitária é sobretudo, mais do que um campo específico daquela disciplina, uma forma de pensar a Psicologia. Os autores destacam os valores, a ética social e a dimensão política da Psicologia Comunitária tanto quanto a investigação e produção

científica e defendem que estas dimensões não são mutuamente exclusivas, estando, pelo contrário, numa tensão dialética. Enquanto a ciência está preocupada com o que é, os valores estão relacionados com o que deve ser (*idem*). Com forte influência da Psicologia da Libertação (Martín-Baró, 1996; Montero, 2007), a Psicologia Comunitária recusa a falsa neutralidade, defendendo a importância de “privilegiar modos de fazer ciência que tenham a praxis transformadora como centro. Esta, por sua vez, deve constituir-se a partir de um horizonte de libertação.” (Nepomuceno et al., 2008, p. 459).

A Psicologia Crítica é caracterizada pela reflexividade e pela problematização enquanto processo de consciência (Montero, 2011) e nesse sentido é tão crítica da sociedade quanto da psicologia, assentando a sua vigilância em quatro pressupostos: a) o *status quo* da sociedade contribui para a opressão de grandes segmentos da população, b) a psicologia sustenta esse *status quo*, c) a sociedade pode ser transformada para promover vidas significativas e justiça social e d) a psicologia pode contribuir para a criação de modos de vida mais justos e significativos (Prilleltensky, 1999). A Psicologia Comunitária Crítica coloca-se assim ao serviço de pessoas que estão oprimidas, desempoderadas e excluídas – assumindo um compromisso da intervenção comunitária com o bem-estar pessoal e a justiça social (Coimbra & Menezes, 2009). Ser psicólogo/a comunitário/a crítico/a é, portanto, ser crítico/a das circunstâncias sociais opressivas e injustas, mas também das psicologias comunitárias e outras manifestações *psi* que constroem e mantêm a opressão e a injustiça (Coimbra et al., 2012; Montero, 2011). Ora, como veremos a seguir, também a Redução de Riscos e Minimização de Danos, se apresenta como crítica das abordagens opressivas de combate às drogas e às pessoas que as usam.

3. Redução de Riscos e Minimização de Danos

E progressivamente afirmava-se no terreno da política da existência: o direito ao consumo em vez da obrigatoriedade da abstinência, o direito à participação nas decisões que implicassem a vida dos utilizadores, a argumentação que mostrava como uma boa parte dos riscos para o indivíduo e para a sociedade imputados ao consumo de drogas resultavam das próprias políticas proibicionistas (Karan, 2005; Labrousse, 2004; Szazs, 1992).

in Mata & Fernandes, 2016 (p. 6-7)

Contextualizar a emergência da Redução de Riscos e Minimização de Danos como política e estratégia interventiva na área das drogas implica reconhecê-la como produto de uma longa abordagem proibicionista que remonta a finais do século XIX, com as cruzadas morais contra a marijuana consumida pelos/as imigrantes mexicanos/as ou contra o ópio consumido pelos/as imigrantes chineses/as nos EUA (Escohotado, 2002; Fernandes, 2009). Com os EUA a liderar e a inspirar o movimento proibicionista, a maioria dos países implementou medidas penais e políticas com o grande objetivo de eliminar a oferta e a procura, algo que, como nota Fernandes (2009), está para o modelo jurídico como o ideal da abstinência está para o modelo médico.

Apostada em alcançar um “mundo livre de drogas” esta abordagem veio a revelar-se um fracasso. Décadas de respostas repressivas e de proibição global das drogas geraram alarmantes problemas sociais e de saúde: incrementaram os riscos para a saúde relacionados com o uso de substâncias, sobretudo entre as pessoas em situação de maior vulnerabilidade e dispararam as taxas de infecologia; aumentaram o estigma e a marginalização das pessoas que usam drogas; em vez de reduzir o crime, favoreceram o aparecimento de organizações de mercado ilegais e de periferia, conduzindo ao aumento da delinquência e da criminalidade (Global Commission on Drug Policy (GCDP), 2011, 2014, 2016, 2017). “Em suma, o proibicionismo seria responsável por uma série de efeitos colaterais ao objectivo de erradicação das drogas – como é, aliás, típico de toda e qualquer guerra. Dito doutro modo, uma parte importante dos riscos e danos que as políticas de saúde baseadas na RR procuram minorar são decorrentes, não da natureza química das drogas, não da natureza psicológica dos seus utilizadores – mas do próprio modelo proibicionista.” (Fernandes, 2009, p. 12).

No final da década de 80 surgem então várias intervenções de RRMD que se apresentam como respostas a problemas de duas ordens: por um lado, a crise sanitária aberta pela rápida expansão de doenças infecciosas (VIH, hepatites B e C, tuberculose) entre as pessoas que consumiam drogas, sobretudo pela via endovenosa e, por outro lado, a “crise das periferias”, manifestação de uma relação desigual com as drogas, com consequências mais severas para os indivíduos e comunidade em contextos de concentração da pobreza (Fernandes & Ribeiro, 2002; Mata & Fernandes, 2016). Perante a constatação da ineficácia das abordagens tradicionais focadas na abstinência, que se reduziam ao tratamento e combate ao tráfico e ao consumo (Cruz, 2005; Fernandes & Ribeiro, 2002) a rua começa também a ser olhada como contexto de intervenção – a intervenção social de primeira linha ou intervenção de proximidade – de que são exemplo as equipas de rua (Mata & Fernandes, 2016).

A RRMD surge, portanto, como um modelo de contraponto às abordagens proibicionistas que foram dominando o discurso e a intervenção sobre as drogas e cujo objetivo era eliminar o consumo de drogas: o modelo médico, que entendia o/a consumidor/a como um/a doente a necessitar de tratamento, e o modelo moral que o/a encarava como um/a criminoso/a merecedor/a de castigo (Cruz, 2005). Ao enquadrar-se no paradigma sociocultural, que releva o peso do contexto e da forma como a sociedade olha para as drogas no significado que a pessoa atribui aos consumos (Cruz & Machado, 2010; Cruz & Machado, 2013; Cruz et al., 2012), a RRMD desvia o foco do/a utilizador/a e do “modelo punitivo de aplicação da lei e num paternalismo médico-religioso” (Newcombe, 1992, in Cruz, 2005) para as consequências individuais e coletivas do consumo, sublinhando o respeito pelos direitos e liberdades das pessoas. Reconhece que a abstinência, podendo ser considerada uma meta, pode não ser a única proposta para um grupo de pessoas que, numa determinada fase da sua vida, não pretendem ou não conseguem parar o consumo (Marlatt, 1996). Surge, portanto, como um conjunto de “políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas ao nível da saúde, sociais e económicas do uso de substâncias psicoativas, legais e ilegais, e que são baseados num forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos” (Rhodes & Hedrich, 2010, p.37).

Apresentando-se como paradigma alternativo aos modelos médico e moral, a RRMD centra-se em dois grandes princípios de atuação: o pragmatismo e o humanismo (Cruz & Machado, 2013; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Mata & Fernandes, 2016; Newcombe, 1992). Ao reconhecer pragmaticamente que o consumo de drogas há-de sempre existir, a RRMD propõe-se olhar para as suas várias dimensões, positivas e negativas, e promover intervenções que minimizem os danos resultantes dos consumos, quer para as pessoas que consomem drogas, quer para a saúde pública e segurança da comunidade. Ao mesmo tempo, parte do reconhecimento da plena dignidade de todo o ser humano e, portanto, defende uma intervenção que não exclua ninguém, que seja justa, proporcionada e respeitadora de todas as pessoas. Assumindo-se como uma abordagem pragmática e humanista, a RRMD ultrapassa os critérios morais e não científicos que definem arbitrariamente que comportamento pode ou não ser aceitável e abre novas possibilidades de intervenção. Respeita-se assim o facto de a pessoa consumir drogas, facilitando o acesso a programas de redução de riscos, de tratamento e de inclusão, que minimizem a sua marginalização (Barbosa, 2009; Fernandes, 2009; Marlatt, 1998; Riley & O’Hare, 2000).

A implementação da RRMD foi bastante progressiva, com diferenças nos vários países. Os primeiros programas de RRMD desenvolveram-se no final dos anos 80, tendo sido dados passos assinaláveis sobretudo em Inglaterra, na Holanda, na Suíça e em Espanha. Em Portugal, as políticas de RRMD foram tardia, lenta e intermitentemente implementadas (Cruz, 2005; Barbosa, 2009; Maia Costa, 2001b), num processo que se distribui, segundo Barbosa (2009) em 3 fases: clandestina (1977-1992), experimental (1993-1998) e de legitimação política (1999-2005). Segue-se um ciclo de estagnação, com a subalternização da RRMD no dispositivo das drogas, que, eu diria, se mantém até aos dias de hoje.

O alarme social resultante do agravamento epidémico da SIDA e dos problemas da insegurança e da criminalidade associados ao consumo de drogas ilícitas sentidos no final da década de 90 determinou o sentido de urgência de pensar políticas alternativas para o problema das drogas. A evidência do fracasso do modelo proibicionista e da eficácia das estratégias de RRMD tornou incontornável a consagração da RRMD na Estratégia Nacional de Luta contra a Droga de 1999 (Cruz, 2005) e que veio a ser amplamente acolhida pelo/a legislador/a. Com a publicação da nova estratégia nacional (Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99) que colocava “a ênfase da orientação política numa atitude eminentemente pragmática e humanista, tornou possível avançar com uma política de redução de danos preocupada eticamente com os direitos dos utilizadores de drogas e em salvaguardar a sua própria dignidade humana, favorecendo a minimização da exclusão social e da diminuição da criminalidade e do risco de propagação de doenças infecciosas.” (Barbosa, 2009, p. 37). Mas é só dois anos mais tarde, com a publicação do Decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho (que aprova o Regime geral das Políticas de Redução de Danos), que se oficializa a RRMD como estratégia a considerar na rede nacional de intervenção nos comportamentos aditivos, legitimando politicamente as suas múltiplas estratégias e os princípios que lhe subjazem (Barbosa, 2009; Maia Costa, 2001a; Cruz, 2005). Com uma estrutura orientada para a abstinência, os organismos competentes tinham agora o desafio de aceitar igualmente a necessidade de uma intervenção mais sanitária e social do que terapêutica (Cruz, 2005). Como assinala Agra (1998, p. 259, in Cruz, 2005), a RRMD significa, portanto, também em Portugal, “uma profunda mudança de estratégia: da estratégia megalómana da eliminação ou irradicação do fenómeno da droga passou-se a uma estratégia mais modesta, pragmática e realista (...). Dito de outro modo, abandonou-se o ideal de uma sociedade sem drogas”. Em síntese, destacamos os cinco princípios da RRMD e os valores que lhes são subjacentes (Pauly, 2008):

- O pragmatismo reconhece que muitas atividades na vida trazem riscos. O valor subjacente expresso neste princípio é o do realismo e do reconhecimento de que a eliminação do uso de drogas não é necessariamente atingível ou desejável.
- O humanismo destaca os valores de respeito, valor e dignidade de todas as pessoas, incluindo aquelas que usam drogas. Recusam-se julgamentos morais das pessoas e do uso de drogas.
- O foco é colocado na redução das consequências negativas do uso de substâncias para as pessoas, comunidades e sociedades, em vez de procurar diminuir ou eliminar o uso de substâncias. A redução de danos é valorizada como parte de uma abordagem compreensiva, e não como a única abordagem ao uso de drogas.
- O equilíbrio dos custos e benefícios para as pessoas e para a sociedade sugere um conjunto de valores que procura equilibrar a tensão entre o bem individual e o bem comum. As salas de consumo assistido, por exemplo, representam uma possibilidade de equilíbrio dessas tensões.
- A tónica nos objetivos imediatos, identificados por aqueles/as que usam substâncias remete para a importância dos valores democráticos de colaboração e participação daqueles/as que são marginalizados/as no desenvolvimento de políticas e programas.

NOTÍCIAS DE UM PROJETO COMUNITÁRIO DE RRMD

Dito doutro modo, a equipa de rua é, muito mais do que a imagem que se foi construindo na opinião pública – a “troca de seringas” – o sítio onde (re)começa a comunidade, se quisermos tomá-la no sentido etimológico da *comunitas*.

Fernandes & Araújo, 2010 (p. 119)

Em 2007, o diagnóstico do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) levado a cabo pelo então Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT) identificava em Guimarães a “permanência de toxicodependentes e sem-abrigo em casas abandonadas e/ou degradadas, a existência de arrumadores de carros e de situações de tráfico de drogas”, alertando para a “prevalência de indivíduos infectados com hepatite C, tuberculose e outras doenças infecciosas”. Ficávamos também a saber que uma parte considerável destas pessoas que frequentavam o Centro Histórico, cerca de 160, tinham uma longa história de consumos de drogas, pouca ou nenhuma retaguarda familiar e que, embora uma parte considerável recorresse ao polo de Guimarães do CRI de Braga (ETET), “uma equipa de rua e programas de intervenção estruturados, seriam indicados para este território” (IDT, 2007, p.9). É neste âmbito que a Sol do Ave – Associação para o Desenvolvimento Integrado do Vale do Ave, se candidata em 2008 a desenvolver um projeto de RRMD no território, propondo-se implementar uma equipa de rua, com resposta no Centro Histórico de Guimarães. Nascia em agosto de 2008 o projeto IN-Ruas.

Para além do objetivo de redução dos comportamentos de risco, para o qual concorriam a troca de material de consumo assético (para consumo injetado e fumado), a disponibilização de preservativos, a educação para a saúde e práticas de menor risco e os cuidados de enfermagem, a equipa de rua promovia uma aproximação aos serviços sociais e de saúde mediante ações de apoio psicossocial, encaminhamentos e acompanhamentos. Como resposta de proximidade, a equipa pretendia funcionar como elo de ligação entre os/as utilizadores/as de drogas e as estruturas sociais e de saúde, mediando uma relação que se sabia ser ora de afastamento, ora de conflitualidade.

Para melhor conhecermos os/as atores/atrizes sociais e os territórios centrais na problemática das drogas em Guimarães, atentemos no trabalho etnográfico de Fernandes & Araújo (2010). Os autores convidam-nos a uma “visita ao quotidiano dos actores de longa trajectória nas

drogas, com quadros de vida marcados pela precariedade e pela marginalidade” (p. 17), e contam-nos como é ser-se “agarrado” e arrumador naquele território, realidade que parece não se afastar das outras realidades urbanas. Decorrente de uma dinâmica entre um estilo de vida marginal e uma reação social negativa que foi sendo interiorizada, encontramos no terreno pessoas com um autoconceito muito negativo, algumas com uma percepção de estigmatização por parte dos serviços muito vincada (IN-Ruas, 2010, 2012, 2016, 2018).

(...) dizia que ansiava por começar a tirar um curso: “quero ter uma ocupação para deixar de ser drogado, os drogados não fazem nada de útil”. (diário de campo, jul.2009)

Diz estar farto de tudo. Mostrando que pouco ou nada se importava se voltasse a ficar suspenso de fazer as refeições na cantina económica: “Se é alguma comida! Nem para os animais.” (diário de campo, mar.2014)

“É fixe existir uma equipa como a vossa e com estes apoios. Conheço pessoal que precisa mesmo disto, não têm ajuda de mais ninguém... o pessoal que trabalha na X não está para nos aturar, e se vai lá um gajo mal vestido já não querem saber...” (diário de campo, mar.2015)

Fernandes & Araújo (2010) fazem ainda uma incursão, ainda que breve e exploratória, em torno da reação da comunidade aos consumidores problemáticos, e dão-nos conta da ambivalência com a figura do “drogado”: “a comunidade que interage e se envolve é também a comunidade que segrega e rejeita” (p. 116). É a partir desta reação da comunidade ao “drogado”, sobretudo na sua dimensão negativa, que volto a olhar para a experiência que trago daquele território. O objeto do meu olhar consiste agora na relação desses/as atores/atrizes da desviância com os serviços, designadamente no sistema público de prestação de cuidados, e na relação destes com o projeto de RRMD.

Relativamente ao método escolhido para dar corpo ao exercício retrospectivo que proponho, ele consubstancia uma abordagem qualitativa, hermenêutica e crítica, assente em descrições da ação e da experiência subjetiva (Schwandt, 2000; Denzin, 1998, in Oliveira, 2008). Como assinala Fernandes (2003), na conceção da ciência como construção, “A representação objectiva da realidade cede aqui lugar às imagens subjectivas. A subjectividade não diz, neste caso, respeito a algum arbitrário do nosso olhar, mas ao facto incontornável de ser um sujeito quem olha o mundo para dizer depois.” (p. 53). Procuro compreender e interpretar os significados a partir das experiências vividas e contadas. Importa-me olhar para as relações e reações que observei e em que participei com os/as atores/atrizes sociais do território, pelo que a abordagem é feita de dentro, resultado da observação participante e da imersão prolongada no terreno associada à tarefa interventiva.

Para aceder à relação do “drogado” com os serviços e destes com a equipa de rua, parto das vivências dos/as utentes e da equipa do projeto, registadas em diário de campo. Resultado das características da intervenção da equipa de rua, que implicava longos períodos de permanência e participação no contexto natural dos/as atores/atrizes sociais, o diário de campo, redigido a cada saída de terreno, tinha em vista fornecer material reflexivo para melhoria da intervenção e também complementar a dimensão quantitativa dos indicadores recolhidos para efeitos de monitorização e avaliação do projeto.

Os tópicos orientadores para elaboração do diário de campo eram os seguintes: a) Discursos, b) Práticas de consumo, c) Problemas, sentidos e vivências, d) Relacionamento interpessoal e social e e) Intervenção. Da leitura de mais de 740 registos construídos entre 2008 e 2012 e entre 2014 e 2017, ficaram de fora as dimensões relativas às práticas de consumo e às estratégias sanitárias da equipa técnica, sobejamente tratadas nos relatórios de execução do projeto (IN-Ruas, 2010, 2012, 2016, 2018) e cujo âmbito não nos importa aqui analisar. Por se tratar de um relatório científico-profissional, optei por não proceder a uma análise de conteúdo, mas antes selecionar registos que ilustrem e fundamentam a experiência que trago. Assim, o diário de campo e outras informações técnicas produzidas no âmbito do projeto, serão mobilizados para exemplificar situações, à medida que se revelem necessários para materializar os argumentos que apresento.

Esta leitura retrospectiva divide-se em quatro pontos: o primeiro dá conta da forma como a equipa de rua entrou nos territórios de intervenção, caracterizando o processo de negociação com os/as atores/atrizes sociais e a relação de proximidade estabelecida; o segundo refere-se às primeiras experiências de rejeição vividas pela equipa de rua na comunidade. A relação entre os/as utentes e os serviços é tratada no terceiro ponto e, por fim, o quarto ponto foca-se na relação entre serviços e equipa de rua.

1. *Vai onde te leva o mediador: os primeiros passos na relação entre equipa e utentes*

A equipa de rua inicia a aproximação aos territórios e às pessoas com consumos problemáticos de drogas em setembro de 2008. Foi um período de presença e escuta sem pressa nem urgência interventiva, de curiosidade pelo/a outro/a, pelos seus contextos, os seus

modos de estar. Os primeiros contactos foram feitos na “cozinha económica”⁴. Uns dias almoçávamos por ali, partilhando mesa e conversas com os/as futuros/as mediadores/as ou utentes, outros dias juntávamo-nos no final da refeição e fazíamos do degrau na entrada o contexto de auscultação de interesses e necessidades. Como explicam Pinto e Peixoto (2003, p. 56), “outra das particularidades deste trabalho é que o técnico desenvolve grande parte da intervenção num contexto que lhe é estranho, numa matriz ecológica com regras próprias.”. É, pois, com aqueles/as que se oferecem para mediar a nossa relação com pessoas e espaços que nos são estranhos, que partimos para a exploração dos territórios onde haveremos de intervir.

Fomos com o F para ele nos dar a conhecer os territórios de consumo, tal como combinado. Mostrou-nos o X – não entrámos porque estava lá um indivíduo “de calças para baixo”, a injectar. Deu para perceber que tem um aspecto lúgubre, sujo e cheira mal. Um possível ponto de encontro para trabalhar com os utentes era à entrada deste X. Mostrou-nos também um local de consumo ao ar livre, com uma espécie de riacho, onde estão quando não chove. Indicou-nos também o X e as casas abandonadas perto do Parque das X. Em nenhum destes sítios estava gente. (diário de campo, out.2008)

Quando lhe perguntámos qual seria a melhor hora para a equipa vir para o terreno, respondeu: “não há uma hora certa, as pessoas vão consumir à hora que têm dinheiro para matar a ressaca”. Falámos que seria uma boa hipótese arranjar um local resguardado junto à X. Ele concordou. Falou também de uma casa perto do X e de umas obras paradas perto da X. (diário de campo, out.2008)

Ofereceu-se para chamar os que lá estivessem e disse para entrarmos, “sem medo”. Estava lá um consumidor que ainda não conhecíamos (V). Tinha acabado de injectar. Dissemos-lhe o que fazíamos e por que estávamos ali. Queria seringas, mas não tinha para troca (injecta e deixa-as por ali, como outros fazem, porque aquele local está cheio de material de consumo). Pedimos-lhe para ir buscar a que tinha acabado de usar e ele trouxe mais. Fizemos a troca. (diário de campo, nov.2008)

O trabalho da equipa de rua viria a desenvolver-se durante quase dois anos no mesmo local. Discreto e resguardado dos olhares públicos, sabido pela comunidade como “local perigoso, a evitar”, foi naquele período um território de concentração de pessoas em torno das drogas ilegais, zona de “vai e vem” para compra e venda e consumos, com uma afluência que oscilava ao longo do dia. Conforme assinalam Fernandes & Araújo (2010), “as equipas de redução de riscos e minimização de danos desenvolvem a sua intervenção, em geral, em espaços de rua que funcionam como concentradores de actividades em torno das drogas ilegais, e que temos vindo a designar como territórios psicotrópicos. Estão normalmente

⁴ Localizada no centro histórico da cidade, a “cozinha económica” é uma cantina social da responsabilidade de uma instituição social local em parceria com a Câmara Municipal e sob a tutela do Instituto da Segurança Social. O edifício que acolhia esta resposta, bem como um centro de dia para pessoas seniores, foi demolido em 2016, passando a resposta a funcionar num outro edifício afastado do centro da cidade.

situados em espaços intersticiais: traseiras de ruas centrais, casas ou pavilhões abandonados, sítios “de ninguém” em zonas que foram perdendo a função residencial, comercial ou industrial – enfim, em qualquer espaço onde possam estar resguardados dos olhares, desde os espontâneos aos do controle social formal.” (p. 11).

A esta hora há um rodopio significativo. Chegam ao X, o J vai ter com eles, após uma discreta troca de olhares, e volta para falar connosco. Percebemos claramente toda a dinâmica de compra e venda e consumo. (diário de campo, nov.2008)

Sentiu-se uma dinâmica de tráfico muito forte. Por vezes até sentia que não podia estar a olhar para lado nenhum, pois veria sempre alguém a vender... (diário de campo, jun.2009)

A intervenção desenvolvida nesse período marcou a relação entre utentes e técnicos/as: “a presença no momento do “chuto”, por exemplo, cria uma proximidade única entre técnicos e consumidores. Há uma consideração e admiração especial que nascem em relação àqueles que, demonstrando aceitação, conseguem, com naturalidade, até assistir às suas práticas mais chocantes.” (Pinto & Peixoto, 2003, p. 56).

(...) chamou-me e convidou-me a assistir a um dos seus consumos (...) fui observar a técnica do F (diário de campo, set.2009)

Acabou por consumir na entrada do X, aproximei-me dele para o abrigar, não se sentiu incomodado com a minha presença. Enquanto colocava o produto na carga dizia “aqui estão 15€, como apanhei chuva isto ajuda a não apanhar gripe”, prosseguiu com a mistura, adicionando a água e o ácido, depois de feita filtrou a substância e rapidamente injectou-a no braço esquerdo. (diário de campo, jan.2010)

Assistimos ao consumo do R, mostrou-se à vontade com nossa presença e vaidoso por estar a mostrar-nos e a explicar-nos como faz. (diário de campo, jan.2010)

Aos poucos, a equipa de rua integrava-se e começava a fazer parte da cena psicotrópica. Gradualmente deixava de ser um elemento estranho, para se entranhar na dinâmica das segundas, quartas e sextas-feiras. Validada a postura da equipa de rua e dissipadas as desconfianças iniciais, os/as utentes satisfeitos/as com o apoio da equipa traziam novos/as utentes e, palavra passa a palavra, a equipa viria a contactar mais de quatro centenas.

O R é um novo utente da equipa. Foi receptivo à presença da equipa na rua: “finalmente aqui também tem equipa de rua como nas outras cidades grandes”. (diário de campo, fev.2009)

Tivemos 2 utentes novos. Fiquei com a impressão de que o H foi trazido pelo M e ouvi-o dizer-lhe: “Aqui podes pedir tudo o que precisares. Falas com eles que eles ajudam no que podem”. (diário de campo, mar.2009)

Enquanto fazia o registo, o A aproximou-se dele e disse-lhe “Aqui não temos problemas, eles estão cá para nos ajudar”. (diário de campo, jun.2009)

A receptividade dos UD à nossa presença é fantástica. Cada vez se sente mais que somos bem-vindos ao “mundo deles”. Gostam de nos ter ali. (diário de campo, out.2009)

2. NIMBY: o medo à cidade e a rejeição comunitária à equipa de rua

Ao mesmo tempo que se construía uma relação de confiança entre equipa e utentes, chegavam-nos sinais de incómodo por parte de alguns membros da comunidade, de condenação da presença da equipa no terreno, como se esta fosse a causa da existência e da presença dos/as consumidores/as por ali.

Quando chegámos ao local já lá se encontravam alguns utentes: o T, o A e o E. Enquanto nos preparávamos para estacionar, fomos abordados por um idoso que se mostrou muito incomodado com a presença dos consumidores atribuindo a presença dos utentes perto do (...) à equipa. (diário de campo, mar.2009)

O turno ficou marcado por uma confusão dentro do parque de estacionamento junto ao X. A equipa ouviu berros e tumultos (...) a situação que nos últimos meses culminou com uma carta dirigida à Câmara Municipal sobre a concentração de toxicodependentes naquele local. (diário de campo, mai.2009)

Entretanto passava pela Unidade Móvel uma senhora, talvez uma moradora dali, depois de ler as informações acerca dos serviços prestados pela equipa perguntou o porquê de não irmos para a Câmara, perguntando de seguida quem era o responsável. O P de imediato disse que era ali que éramos precisos, a senhora virou-se para ele e disse: “mas quem é você? Não estou a falar consigo!”. A R apresentou-se à senhora e perguntou se a podia ajudar, a senhora não perguntou mais nada, virou costas e murmurou: “vou enviar em e-mail para a câmara a expor isto!”. Pronunciou o utente P: “não respira o mesmo ar que nós, acham-se superiores! (...)”. (diário de campo, ago.2012)

A reação negativa à presença dos/as utentes e da equipa no espaço público fez-se sentir desde o início da nossa presença no terreno e não é exclusiva da vizinhança. Utes e equipa de rua foram algumas vezes aconselhados/as pela polícia a sair dos locais.

Estiveram a contar-nos que a PSP tem aparecido ali a fazer-lhes umas visitas nada simpáticas. Vão lá aos dias que nós não vamos! O L diz que desde que nós estamos no terreno tem sido pior, que “andam mais em cima deles”. O P não concorda, acha que é como antes. Por causa destas visitas da PSP o L parou de consumir e vender na última semana, conta-nos. Agora já retomou ambas as coisas. (diário de campo, dez.2008)

As conversas giraram em torno das visitas da polícia. Tentámos perceber o que poderíamos fazer e levantaram-se duas hipóteses: mudar de local ou a equipa falar com a PSP. Eles preferiram a segunda porque acham que mudar de sítio não resolve nada e a PSP sabe sempre onde encontrá-los. Também concordámos. Temos de ver como vamos trabalhar com a polícia. (diário de campo, dez.2008)

Neste turno o L, o V e o A contaram-nos que na segunda-feira, depois da equipa sair do X, houve rusga policial com alguma violência. (diário de campo, fev.2009)

A polícia decidiu aparecer no lado oposto do X. O J teve que fugir com a seringa no braço para junto da equipa. Verifiquei no X se ainda estava a polícia, mas já tinham ido embora. (diário de campo, fev.2009)

Quase no fim do turno, já de carro, dirige-se a nós perguntando: “Está aqui o responsável por isto?”. Disse que era eu. Aconselhou-nos (num tom discretamente ameaçador) a sair dali – justificou com o facto de ser um sítio onde os carros precisavam de fazer manobras e que os proprietários do parque de estacionamento ficavam incomodados. Perguntei com quem estava eu a falar e mostrou-me o seu distintivo da PSP (é da brigada anti-crime, segundo um utente). Disse-lhe que para nós também é importante encontrar um local que não incomode ninguém, mas ali não há grandes hipóteses e o sítio onde estacionamos parece ser o melhor, apesar de tudo. Deixou o “conselho” velado de que devíamos ver a situação... (diário de campo, ago.2009)

Há muito que a investigação sobre insegurança urbana revelou como algumas figuras e espaços, nomeadamente os/as toxicodependentes de rua, são eleitos/as como a causa do crime e da insegurança, passando a ser percecionados/as apenas do ponto de vista da ameaça e da disfunção social (Machado, 2004; Caldeira, 1992, in Fernandes, 2006a; Fernandes, 2011). O que se gera depois é “um mecanismo de auto-defesa que, para além do evitamento, consiste também no pedido explícito de intervenção repressiva enérgica sobre tais figuras e espaços” (Fernandes, 2006a, p. 67). O medo à cidade (Fernandes, 2006b), ou o sentimento de insegurança, tem sido relacionado com a perceção de sinais de desordem no espaço urbano, que podem ser físicos ou sociais e que são percebidos como problemas pela comunidade (Kelling & Coles, 1997; Sampson & Raudenbush, 2004; Wilson & Kelling, 1982). Aos olhos de uma parte da comunidade é a “carrinha” a responsável pela presença dos/as consumidores/as e aos olhos de uma parte dos/as utentes a “carrinha” terá contribuído para o aumento da presença da polícia naqueles locais. Apesar de a equipa de rua se posicionar em locais já frequentados pelos/as consumidores/as e não o contrário, e não obstante haver histórias antigas de violência policial nos locais de consumo, de facto parecia haver, com a presença da equipa, um efeito de holofote, de visibilização dos sinais físicos e sociais da desordem do espaço urbano. É este efeito que parecia acontecer também, como veremos mais à frente, sobre a abordagem às pessoas com consumos de drogas por parte dos serviços.

As mudanças e ajustamentos de locais de intervenção e horários haveriam de acontecer várias vezes ao longo do projeto. Não fomos afastados/as pelos/as vizinhos/as nem pela polícia, mas pela revitalização urbana. Apesar do processo de renovação daquele território, e mais tarde a mudança da Cozinha Económica para uma zona mais afastada do centro, não

ter tido manifestações de conflitualidade e violência direta, esta deslocalização cedo me levou a memória até ao processo de renovação urbana do Bairro S. João de Deus, no Porto, iniciado em 2001 pelo executivo camarário, noticiado na altura como “uma intervenção considerada prioritária para erradicar «o principal foco do tráfico e consumo de droga da cidade»” (Fernandes, 2006a, p. 69), assim como a primeira demolição no Bairro do Aleixo, em 2011. Com argumentos de carácter sanitário, social ou repressivo, as demolições ou renovações dão-nos conta de uma certa tentação de limpar as cidades dos problemas da droga, ou da pobreza, varrendo-os para zonas onde se tornem menos visíveis. Assistimos então a um certo tipo de política de cidade que prioriza a eliminação dos sinais de desordem, em detrimento dos fatores que desencadeiam os desequilíbrios que estão na sua origem (Fernandes, 2006b). Muitas vezes, com apenas uma operação de renovação urbana, conseguem-se duas coisas de uma só vez: silenciam-se temporariamente os sinais de desordem e libertam-se áreas da cidade para o circuito lucrativo (*idem*).

Em setembro de 2010 iniciaram-se então as obras de requalificação, tornando-se impossível a permanência de pessoas naquela zona. Desde então, nunca mais aquele sítio, desmantelado, renovado, limpo, pôde albergar consumos e não mais pôde ser palco de intervenção técnica de RRMD, nas suas dimensões sanitária e social. Em raríssimas ocasiões a equipa de rua pôde voltar, como naqueles dois anos, a assistir e acompanhar os/as utentes durante os consumos. E isso dificultou o trabalho de redução de riscos que se vinha desenvolvendo de forma aprofundada graças à observação direta das práticas de consumo.

Outros locais integraram o circuito de intervenção: parques de estacionamento, imediações de fábricas abandonadas e casas devolutas, ocupadas para pernoita e consumos. Mas nem por isso a rejeição desapareceu.

Uns minutos mais tarde, quando tudo estava mais tranquilo veio ter connosco e partilhou que umas moradoras do prédio laranja haviam dito que não queriam ali a equipa e que iam tomar medidas para que a ER deixasse o local: “vocês só estão aqui para nos ajudar, não estorvam. Eles é que não estão a ver bem as coisas!” (diário de campo, ago.2012)

No X, os utentes partilharam que haviam ouvido comentários sobretudo críticas por estarmos ali. Não nos apercebemos de tais comentários. Os utentes sugeriram que parássemos próximos ao Y. (diário de campo, abr.2016)

(...) fomos abordadas por um individuo relativamente jovem, que questionou sobre o nosso trabalho, o que estávamos a ali a fazer e revoltado disse-nos: “estão aqui ao lado a tentar tirar o pessoal desta vida e vocês a darem seringas para eles se enterrarem ainda mais?! Isto não devia ser permitido, sou contra isto...”. Virou costas sem dar tempo a que nos pudéssemos pronunciar. (diário de campo, mar.2017)

A nossa experiência confirmava que, efetivamente, o nível de aceitação e rejeição dos serviços direcionados para grupos estigmatizados é proporcional às atitudes das pessoas da comunidade face a estes grupos. Algumas investigações mostram, precisamente, que o fenómeno NIMBY (Not In My Back Yard) aumentou a partir do aparecimento de novos grupos de clientes dos serviços sociais e sanitários, nomeadamente pessoas com VIH, consumidoras de drogas e em situação de sem-abrigo (Sepúlveda et al., 2008). Pensar as resistências e as reações contra a implementação de serviços para consumidores/as de drogas implica por isso considerar os processos de estigmatização e marginalização social (*idem*). Durante muito tempo associada à oposição comunitária a projetos ambientais considerados perigosos, a síndrome NIMBY estendeu-se posteriormente a outras problemáticas sociais, sobretudo relacionadas com grupos considerados marginais (*idem*). Há uma espécie de contágio identitário (Ribeiro et al., 2008, in Oliveira, 2008), como também Oliveira (2008) descreve no seu trabalho etnográfico.

Dizem-nos as teorias da Sociologia da Desviância que o estigma advém da reação social que as instâncias formais de controle, os *media* e a comunidade dirigem às pessoas que são olhadas e rotuladas como problemáticas (Goffman, 1963; Becker, 1963; Young, 1971). Os/as toxicodependentes de rua, os/as “agarrados/as”, os/as “arrumadores/as” são, como os/as trabalhadores/as do sexo (Oliveira, 2008), figuras da vitimação coletiva (Fernandes, 2006a), vítimas coletivas de rejeição enquanto grupo em consequência de julgamentos morais (Oliveira, 2008) por parte da comunidade, das forças repressivas e das instâncias que atuam na área da exclusão social. Já em 2010, Fernandes & Araújo abordam no seu trabalho etnográfico naquele território a reação social da polícia e da comunidade ao “drogado”. O que veremos a seguir é como estes processos vão para lá da comunidade envolvente e das respostas oficialmente repressivas, estendendo-se muitas vezes à comunidade técnica dos serviços de apoio social e de resposta às dependências.

3. Vigiar e punir: sobre as relações entre serviços e pessoas consumidoras de drogas

O que o toxicodependente de rua revela é o estado actual dos processos de segregação, são as dinâmicas que continuam a perpetuar a desigualdade. Ele é, portanto, antes de ser um “drogado”, uma vítima de processos que culminam na marginalidade.

O exercício da violência, direta ou simbólica, sobre indivíduos ou grupos marginalizados, é a dimensão mais aguda das consequências do estigma social (Fernandes & Araújo, 2010). A violência institucional é vivida de várias formas pelos/as utentes que acompanhámos, dando lugar a um reforço do estigma e a uma legitimação da violência estrutural (Fernandes, 2014; Galtung, 1969, in Barbosa et al., 2013; Ho, 2017). Galtung (1969 in Fernandes, 2014) refere a injustiça social como geradora da violência estrutural e, por consequência, uma forma de diminuir essa violência seria a promoção da justiça social, mecanismo de diminuição do fosso entre as realizações atuais e potenciais das pessoas numa sociedade. E como o viver na margem é viver na invisibilidade, também a violência de que são alvo se torna invisível (Fernandes & Araújo, 2010). Nelson & Prilleltensky (2010) defendem que ouvir as histórias das pessoas desfavorecidas, tirá-las do silêncio e da invisibilidade, é o primeiro passo para desfazer as histórias prejudiciais que a sociedade foi construindo sobre essas pessoas.

Encontrámos no terreno alguns serviços e profissionais da área da saúde, mas sobretudo da área social, com uma “representação carregada de ambiguidade (...): “tem problemas” mas também os causa, posto que é “ladrão”; “precisa de ajuda” mas é “viciado”, expondo o seu comportamento à condenação moral” (Fernandes, 2011, p. 22). O estigma do indivíduo problemático, “que já não muda”, preguiçoso, conflituoso, emanava das instâncias formais e reforçava a identidade do “drogado” (Becker, 1963; Fernandes, 2011; Goffman, 1963; Matza, 1969; Young, 1971) que angariava dinheiro de forma também ela desviante, à margem dos mecanismos da economia formal (mendigando, arrumando carros, vendendo uns pacotes ou o próprio corpo) e pedia apoios aos serviços.

Num estudo desenvolvido pela Rede Europeia Anti-Pobreza (EAPN) Portugal, no qual se procurou perceber as representações das instituições e profissionais sobre a imigração, a toxicodependência, a prostituição e os sem-abrigo, questionando-se a quem cabia a responsabilidade pela situação em que se encontravam esses grupos, no geral as respostas centraram-se no Governo e na sociedade, com exceção dos/as toxicodependentes a quem foi atribuída a principal responsabilidade pela sua situação (Aires, 2005). Foi-nos revelando a nossa experiência na interface com as instituições o peso deste estereótipo nas abordagens interventivas, onde a diversidade e a especificidade das trajetórias pareciam homogeneizar-se no momento de elaborar planos de desenvolvimento, de inserção e afins, que para todos/as se traçavam com iguais objetivos. Como assinalam Fernandes & Araújo (2010), “Muito

desconhecimento, muito a priori, muito preconceito, continuam a fabricar receitas para estes indivíduos e situações” (p. 129). A representação negativa sobre as pessoas com consumos de drogas parecia impregnar a intervenção e a tomada de decisão em grande parte dos serviços que, frequentemente ancorados num paradigma médico e moral, tantas vezes excluía mais do que incluía.

O excerto que se segue revela o episódio de um utente que, sendo conhecido “drogado” da cidade, conta que no hospital foi deixado propositadamente várias horas à espera para ser atendido porque um enfermeiro o quis castigar por ser consumidor. Esta consciência do estigma de ser-se “drogado” era sentida a todo o momento pelos/as utentes que acompanhávamos.

Nos últimos giros temos parado na avenida do X, local onde encontramos o S a arrumar carros. O S partilhou com a colega alguns momentos que vivenciou onde se sentiu muito discriminado e alvo de preconceito. Um deles aconteceu nas urgências do hospital, contava que se dirigiu às urgências porque estava muito mal: “estava mesmo mal.... Fui mesmo por não aguentar de dores...” descreveu que tinha um abcesso já bastante infeccionado na axila. Já no hospital e, quando aguardava já há bastante tempo para ser atendido, levantou-se e questionou um enfermeiro se demoraria muito a ser chamado, ao que o enfermeiro responde: “tens de esperar, não te tivesses drogado.”. Uma outra situação aconteceu no centro de saúde, aqui procurava serviços de enfermagem para tratamento de uma ferida, quando entrou no gabinete já lá estavam 2 enfermeiras, ouvindo uma a dizer à outra: “olha que este é toxicodependente...”. “Passei-me logo...”, referiu. (diário de campo, mai.2016)

Ainda que o exemplo acima tenha sucedido em serviços de saúde, a nossa observação foi-nos mostrando que as respostas do Serviço Nacional de Saúde naquele território, como o hospital ou os centros de saúde, não eram tão amiúde objeto de queixas de tratamento discriminatório e de sentimentos de rejeição quanto os serviços de âmbito social ou outros com resposta direcionada para as dependências.

“sabe que enquanto estiver nesta vida olham para mim de lado e não têm interesse em ajudar-me (...) olham para nós como uns coitadinhos, como marginais (...) até colegas vossas, muitas das vezes, tratam-nos como se fôssemos de outro planeta, (...) com este aspecto não se aproximam de nós (...)” (diário de campo, set.2009)

Sobre as diferenças face às vivências de discriminação e rejeição nuns e noutros serviços, assinalo duas circunstâncias que pude observar: por um lado, o compromisso do paradigma médico com a saúde numa lógica de defesa da saúde pública, que implicava a prestação universal de cuidados; por outro lado, o paradigma moral ainda muito visível nos/as profissionais da área social (psicólogos/as, assistentes sociais) no que se refere às pessoas com consumos problemáticos de drogas, numa abordagem avaliativa do merecimento da ajuda. Parece haver ainda uma outra diferença a assinalar nos diferentes serviços e que se

refere ao poder que o/a profissional detém para prestar apoio ou para o negar. Enquanto na saúde a prestação de cuidados tende a ser feita com base no diagnóstico e na relevância do cuidado para o bem-estar físico do/a doente, nos serviços sociais ou de tratamento associado à dependência, o crivo do julgamento moral do/a profissional sobre o comportamento da pessoa parecia sobrepor-se à intervenção que conduziria à melhoria da situação do/a utente. “O poder discricionário que possuem dita muitas vezes o sucesso ou insucesso de aplicação de uma determinada medida, assim como as representações que detêm sobre estes fenómenos e públicos são determinantes na relação de “negociação” que se estabelece na fase de intervenção. Levantamos assim mais uma hipótese, segundo a qual “a forma como os técnicos apropriam e implementam as medidas sociais, determina a eficácia das medidas na resolução dos problemas dos utentes/clientes”.” (Albergaria et al., 2014, p. 40). Ora, a RRMD muda o foco de uma cultura onde os recursos podem ser racionados com base no merecimento da pessoa, para uma outra em que todas são vistas como merecedoras de cuidados, pelo que ao invés de serem olhadas como utentes difíceis, as pessoas são olhadas como precisando de cuidados, reconhecendo ainda os múltiplos constrangimentos que enfrentam para lhes aceder (Pauly, 2007).

A propósito de um utente a quem foi recusado o apoio para adquirir medicação para um problema de saúde crónico com o argumento de que deveria “escolher entre gastar o dinheiro na droga ou na medicação”, foi necessário procurar esclarecimento junto da técnica de RSI, uma vez que os fundamentos subjacentes à recusa (ou ameaça de recusa) do apoio nem sempre eram claros.

“Enquanto projeto que intervém com o utente, precisamos perceber (e sobretudo o utente deve compreender bem) quais são os critérios que a equipa de RSI considera justificarem o apoio para medicação. É a periodicidade com que pede o apoio? É o valor mensal em causa? É uma avaliação do comportamento do utente? (...) Não podemos também compreender que se exija ao utente que pare de praticar mendicância sob pena de perder a prestação de RSI, e que depois lhe seja cobrada a responsabilidade de arcar com os custos [da medicação] através da receita que possa advir dessa prática.” (e-mail da ER à técnica de RSI, mai.2017)

Efetivamente, a dependência inverte as prioridades fisiológicas da pessoa que está dependente de drogas. Como descreve Fernandes (2011), a ressaca toma o primeiro lugar, a fome só vem a seguir. E a medicação, acrescento eu, só muito depois da fome, que o resultado da sua falta ainda há-de demorar a sentir-se. A “vida do andamento” é rígida e rotineira e a liberdade de ação e de escolha está muito diminuída quando se é “agarrado” (Fernandes & Araújo, 2010), “(...) algo, mais uma vez, mal compreendido pelo pensamento

coisista e bem expresso na frase comum “não dou dinheiro para a droga, só dou se for para comer” (Fernandes, 2011, p. 27).

Respostas que ouvimos em alguns serviços como “os nossos impostos não são para pagar vícios” ou “se tem dinheiro para a droga também tem para a medicação. Tem de escolher.” são paradigmáticas, por um lado, do pendor moral de que parecia estar impregnado o setor social no que toca às pessoas com consumos de drogas e, por outro lado, do desconhecimento que parecia haver sobre a dependência de drogas em particular. Os dois fatores, moralidade e desconhecimento, reforçam-se mutuamente e parecem alimentar-se também no exercício do poder sobre a vida do/a outro/a. E esse poder é tão mais desequilibrado quanto uma das partes não tem acesso esclarecido a informação relevante nem é ouvida sobre as decisões que lhe dizem respeito.

(...) Assim, é nosso parecer relativamente ao acordo de inserção no âmbito do RSI: Na sua generalidade, é fundamental que o utente tenha plena consciência daquilo que se espera dele e, na mesma medida, que apoios específicos terá dos serviços para que consiga alcançar os objetivos desenhados no acordo (“Às vezes nem percebo o que me pedem...”). De facto, sendo o acordo de inserção um documento que se pretende estruturador de um projeto de vida (e nenhum projeto de vida estruturante é estanque nem de execução imediata), é imperativo que constitua uma ferramenta clara e orientadora da ação do indivíduo e dos técnicos que os acompanham. As expectativas sobre o indivíduo que ali se expressam devem ser especificadas, planificadas com horizontes temporais orientadores, clarificadas para que inteligíveis do ponto de vista do beneficiário, e suportadas, na mesma medida, de todos os mecanismos e apoios específicos que auxiliarão o utente no caminho a percorrer. (informação da ER sobre o utente D, jul.2015)

Da nossa experiência e observação no terreno é muito comum que os utentes que acompanhamos tenham uma ideia muito vaga do seu acordo de inserção, o que desde logo tem como consequência algum descomprometimento e desmobilização face ao acordo que lhes diz respeito. Neste sentido, consideramos que seria altamente benéfico e produtivo explicar o mais possível as várias dimensões do acordo de inserção, de modo a que seja claro e inteligível para o beneficiário quais são as ações e/ou comportamentos que se esperam dele, que apoios específicos de acompanhamento e orientação terá dos serviços (e quais são as suas figuras de referência nas várias áreas), que consequências se preveem em função do cumprimento do acordo, entre outros. (informação da ER sobre o utente M, set.2015)

Esta falta de clareza dos motivos que levavam à não atribuição ou retirada de apoios indiciava por diversas vezes aquilo que era sentido, também pelos/as utentes, como decisões injustas e arbitrárias.

(...) o F foi o primeiro a entrar na unidade móvel, estava muito irritado, havia recebido resposta do X e da Y quanto à suspensão da toma da metadona no domicílio, desabafava que só via incongruências. (diário de campo, dez.2016)

Outra das queixas frequentes dos/as utentes era sobre uma certa intransigência face à sua conduta, aliada a um sentimento de injustiça de determinadas regras que reforçavam a diferença de poder entre estes/as e os/as profissionais.

O R reclamou por não ter sido atendido no X, perguntei-lhe o porquê. Respondeu: “cheguei 10 minutos depois da hora, 10 minutos não é nada! Também esperamos por eles e às vezes mais do que 10 minutos...” Já tem agendada nova consulta: “para esta, vou mais cedo e quero ver se me vão receber a horas, tenho aqui o papel com a data e hora, quero ver, quero!” (diário de campo, abr.2012)

Tão cedo não vai ao X, diz. Mas porquê? O que aconteceu para ele ter ficado tão chateado? Partilhou que por ter chegado 5 minutos atrasado para a consulta que não o receberam, remarcando-lhe a consulta para a semana seguinte. Para esta chegou a horas, ficando mais de hora e meia a secar, à espera da consulta, enervado, levantou-se e disse-lhes: “eu não posso chegar atrasado 5 minutos, mas posso ficar à espera este tempo todo... é brincar com as pessoas, mas comigo não brincam! saí dali sem ter a consulta. Até hoje, nem posso ouvir falar no X”. (diário de campo, jan.2015)

O M mais uma vez apareceu bastante chateado disse-nos ele: “Há coisas que não entendo... diga-me uma coisa, acha que isto tem cabimento? Lá no X deram metadona para quinta, sexta, sábado e domingo [por motivos de greve], e não me dão para levar pra casa. Quando lhes interessa dão a metadona e já somos responsáveis para a tomar... enfim... mas isto não fica assim, vou expor isto tudo...”. (diário de campo, nov.2016)

A diferença de aplicação de critérios a vários níveis era lamentada com muita frequência, numa indignação sobre a injustiça de apenas alguns/algumas (utentes) sofrerem as consequências para o mesmo tipo de ação.

Apareceu indignado (...) “olhe... venho tão chateado... marcaram comigo em X para ser atendido pelo Dr. N e sabe que ele não apareceu e nem me avisaram, vai para lá um gajo doente para nada... é que se eu falto cortam a prestação, mas se são eles a faltar não lhe cortam no ordenado...” (diário de campo, ago.2015)

Motivo de queixa eram também as exigências para integrar um programa de metadona. As etapas colocadas eram vistas como desadequadas e sobretudo excessivas perante o pouco apoio prestado no processo. A título de exemplo, para um/a utente integrar o Programa de Substituição Opiácea – Alto Limiar de Exigência (PSO-ALE), com vista à abstinência, era-lhe exigido que estivesse cinco dias sem consumir drogas.

“Não estou lá em nenhum tratamento”, disse um pouco revoltado, “ali não estão para nos ajudar, é tudo como eles querem e se possível com tempo, não vêem que um gajo depende disto, a nossa vida é a droga, é mesmo assim, elas não querem ajudar... pois, sabe porquê? Mandam um gajo fazer análises, depois isto, depois aquilo, agora vai ali... e andamos dias sem tomar metadona. Para mim é um gajo chegar lá e ajudarem-nos logo, só depois da ressaca resolvida é que deviam mandar fazer os exames... enquanto aquilo funcionar assim e ouvir queixas não estou interessado.” (diário de campo, jul.2015)

O F questionou a equipa se poderíamos apoiá-lo na entrada para uma comunidade terapêutica referindo que não queria nada com o X: “Acho que não me ajudaram porque

para me ajudarem não posso estar a consumir, se estivesse sem consumir não precisava de ajuda, elas não veem assim, dizem que são as condições...". (diário de campo, fev.2017)

Ainda partilhou que tem adiado pedir uma consulta com a sua terapeuta no X. "Na última consulta disse que não queria utentes nas consultas dela a consumir, que eram regras... Neste programa não temos ajuda dos psicólogos, podemos andar anos que ninguém nos chama para falar connosco, se já é difícil deixarmos o vício, sem apoio psicológico mais difícil se torna". (diário de campo, abr.2017)

Outra das situações que suscitava mal-estar nos/as utentes era o sentimento de dependência e de controlo exercido pelos serviços sobre as suas vidas.

"(...) parece que querem nos manter nesta vida, não nos ajudam a sair disto, dizem que somos nós que temos de querer, se fosse fácil não havia drogados". (diário de campo, abr.2017)

Não me sai da ideia que querem é manter-nos aqui, só assim têm trabalho". (diário de campo, ago.2017)

Ainda que, por exemplo, a apresentação diária no serviço para toma de metadona pudesse em muitos casos ser estruturante e necessária, ela era muitas vezes sentida como excessivamente rígida e dificultadora de outros passos nos projetos de vida.

Entretanto apareceu o S. Contou à equipa que no X iriam novamente alterar os horários da metadona, aqueles que estavam em PSO-BLE [Programa de Substituição Opiácea – Baixo Limiar de Exigência] teriam o seguinte horário: das 11:00 às 12:15, horário limitado, deixando de fora quem trabalha: "o pessoal reclamou, mas disseram que foram decisões tomadas de cima, e que a partir de Julho passaria a ser assim" (diário de campo, jun.2012)

(...) parece-nos reunir os requisitos pretendidos para integrar nesta formação, o entrave que se poderá colocar é o facto de estar integrado em PSO-BLE ter de vir ao X às 14:45 para tomar metadona, não sabe se no X permitirão alterar a hora ou mesmo o programa. A consumir somente cocaína, diz que se andasse ocupado o ajudaria a todos os níveis. Afirma que se sente prisioneiro do X, pela ausência de acompanhamento e inflexibilidade no ajustamento das regras dos programas às suas necessidades. (diário de campo, out.2017)

Os apoios prestados pelos serviços sociais, nomeadamente a prestação de RSI, eram muitas vezes utilizados como moeda de troca pela comunidade técnica (IN-Ruas, 2018).

(...) a primeira coisa que nos disse foi: "já fiz as análises, aquelas antigas... pois teve de ser, elas lá em cima tiravam-me o rendimento e já me disseram que vão tratar da minha reforma..." (diário de campo, out.2017)

Este exercício de poder e controlo sobre a vida dos/as utentes, nomeadamente através da disposição do seu tempo, é ilustrada nas duas situações a seguir narradas. A primeira relata a situação de um utente que viu recusado o pedido de levar semanalmente a metadona para casa (prática que já haviam implementado, com sucesso), tendo-lhe sido proposta a entrega

diária da metadona no domicílio, mas sem indicação da hora, o que obrigaria o utente a permanecer em casa todo o dia. A segunda revela como uma assistente social indeferiu um cabaz de alimentação porque o utente não estava em casa quando esta realizou duas visitas domiciliárias (que não haviam sido previamente combinadas). Espera-se, portanto, que a pessoa pobre, desempregada, sem ocupação formal, esteja recolhida. É a vida em prisão domiciliária dos/as utentes condenados à pobreza (Wacquant, 2001a), sinais de uma visão do serviço social como instrumento para vigiar e punir (Foucault, 1975; Wacquant, 2001b).

O F mostrou-se chateado com a decisão tomada no X relativamente à dose de metadona, não autorizaram que o utente levasse a metadona para a semana, autorizaram sim, que de 2ª a 6ª feira um enfermeiro fosse a sua casa levar a metadona não definindo a hora, deixando o utente revoltado porque habitualmente toma a metadona da parte da manhã, não estava para ficar o dia todo em casa à espera da metadona, isto não fazia qualquer sentido. Já havia feito uma exposição por escrito do que pensava sobre isto e das suas necessidades e dificuldades, exposição que vai entregar no X. (diário de campo, mai.2015)

A ER, já no parque Y apoiava utentes habituais. O M dialogava com a colega sobre o pedido feito na Z para o cabaz e abismado ficou quando a colega lhe transmitiu que o mesmo havia sido indeferido porque, nas 2 visitas domiciliárias realizadas pela técnica da Z, o utente não se encontrava... O certo é que mais uma vez a equipa intercede junto da entidade com o propósito de reverter a situação. O processo foi reaberto e já com nova visita agendada. (diário de campo, set.2015)

Vários/as utentes recusavam a ideia de recorrer a apoios das instâncias formais, precisamente por sentirem que com o apoio vinham associadas medidas de controlo e vigilância às quais não estavam dispostos/as a sujeitar-se.

Acrescentou ainda que sente que o RSI implica que alguém controle a vida dele e, assim sendo, prefere orientar a sua vida com o dinheiro que ganha: consumos, alimentação e a renda de 6€/dia. (diário de campo, mar.2014)

O excerto seguinte dá conta da história de uma utente cujas técnicas ameaçaram cessar o apoio se a mesma não mudasse para o programa terapêutico de metadona. A mesma utente, trabalhadora do sexo, relata que deixou de pedir preservativos na resposta que frequentava porque a assistente social a avisou que se continuasse a prostituir-se comunicaria à Segurança Social e esta deixaria de receber a prestação de RSI.

A V muito chateada dizia-nos que as técnicas de Y haviam avisado de que tinha de transitar de programa, pois caso não acontecesse que seria cessada a prestação: “já viu... aqui não adianta falar... a minha assistente social tem duas caras, não confio nela... já nem peço preservativos, tenho de lhe prestar contas...” (...) sobrevive com a prestação RSI que só lhe dá para suportar as despesas fixas, renda, água e eletricidade: “não dá para nada... se quero uma pedra faço-me à vida para arranjar dinheiro...” (diário de campo, jan.2017)

Não poucas vezes era proposta a cessação da prestação de RSI por motivos de incumprimento da ação “Programas de desintoxicação: Toxicodependência” ou “Transição para o programa terapêutico de alto-limiar exigência”. A desadequação dos acordos de inserção acabava por resultar na cessação da prestação por incumprimento, votando novamente a pessoa à situação de grave carência em que se encontrava e reforçando o ciclo de exclusão.

Destacamos o caso de um utente da equipa de rua que, após 8 meses de prestação, lhe viu ser cessado o apoio por não transitar de PSO-BLE para PSO-ALE, conforme ficara estabelecido no contrato de inserção, e apesar do próprio e das duas respostas que o acompanhavam naquele âmbito – ETET e equipa de rua – terem avaliado que o utente não estava preparado para tal transição. Efetivamente, atender ao sofrimento das pessoas exige que não saltemos para ações antes que estas estejam prontas (Prilleltensky, 1999).

“é para me mudar de programa para terapêutico, disse lá ela que o dinheiro do rendimento mínimo não é para gastar nos consumos, foi o que ela disse, é por isso que eu lá vou...”. O utente parecia conformado: “não é novidade para mim, já da outra vez queriam que eu mudasse de programa...”. (diário de campo, out.2015)

Após cessação do apoio, o utente passou a estar em situação de sem-abrigo, situação em que nunca havia estado, mesmo antes de receber a prestação, assistindo-se a um retrocesso grave no percurso de inclusão social que vinha sendo desenvolvido com este utente.

A mudança de um paradigma assistencialista para um outro assente no empoderamento parece ter sido propiciadora de perceções mais negativas face às pessoas em situação de vulnerabilidade social, divididas entre os/as bons/boas e os/as maus/más beneficiários/as (Albergaria et al., 2014). O que acontece depois, é que as pessoas percebem qual é a expectativa dos/as profissionais e qual é o papel que têm de desempenhar para caber na categoria que lhes dá direito a mais apoio e menos censura: “Social norms around professionals are such that clients may censor themselves from expressing their real needs, verbalizing instead what they think the therapist wants to hear, thereby achieving the goal of being a “good client”.” (Prilleltensky, 1999, p. 105).

Muitos/as utentes aceitavam e assinavam os contratos com a consciência de que só assim conseguiriam o apoio que necessitavam, mas pouco tempo depois confrontavam-se com as dificuldades em cumpri-los e com a eminência de voltar a ficar sem o apoio. Como bem nota Saraceno (2007, in Albergaria et al., 2014), não obstante o surgimento da noção de contrato nesta medida ter como objetivo estabelecer uma simetria entre beneficiários/as e técnicos/as,

através do estabelecimento de uma responsabilidade mútua, na prática, os “contratos” e a “negociação” podem facilmente transformar-se “em procedimentos puramente administrativos ou numa forma de controlo social dos beneficiários, ou até mesmo numa nova forma de poder discricionário e clientelista dos trabalhadores sociais.” (p. 39). Uma interpelação dos/as utentes mais focada nesta questão, levou-nos a identificar algumas práticas frequentes: os contratos de inserção dificilmente poderiam considerar-se negociados, isto é, o/a técnico/a apresentava uma lista de cerca de cinco ações obrigatórias para aquele/a utente, com as quais deveria manifestar acordo com vista a receber a prestação; os/as utentes não tinham voz sobre o contrato e muitas vezes não compreendiam ou não valorizavam as suas implicações; raramente lhes era entregue o exemplar do contrato que lhes pertencia; a cessação da prestação acontecia sempre por incumprimento de alguma ação por parte dos/as utentes (e nunca por incumprimento das obrigações dos serviços) e devia-se normalmente a um destes três motivos: o/a utente não abandonou os consumos ou retomou-os; o/a utente arruma carros; o/a utente pratica mendicidade; o/a utente prostituiu-se. Ora, tal como já referido por Geyer e Rihani (2010, p. 51, in Grilo, 2013), os métodos de controlo e comando são inúteis para situações complexas: “They might succeed temporarily when applied with sufficient force but they are not sustainable as long-term policies.”.

A constatação de que os/as utentes que acompanhávamos muitas vezes não tinham voz nem poder de negociação nos assuntos que lhes diziam respeito, foram reforçando o foco da equipa em desenvolver com os/as utentes um processo de conscientização (Freire, 1979) e de *claims-making* (Lindekilde, 2013).

Como o utente havia dito que já tinha assinado o acordo de inserção perguntámos por esse documento, ao que nos respondeu que não o tinha, não lho tinham entregue. Como é que o pode cumprir se não tem o documento para consultar e seguir? Disse que ia de imediato pedi-lo. Assim o fez, apareceu mais tarde nas (...) com o dito documento. (diário de campo, mar.2014)

Pedimos que trouxesse este documento no próximo turno, para percebermos de que tipo de contrato se trata e para ajudá-lo a percebê-lo. (diário de campo, abr.2014)

Informámo-lo de que teria uma reunião aqui no centro de saúde com a Dra. X, a Dra. Y e com a Dra. Z do (...), muito importante que fosse para fazer as suas escolhas, para fazer-se ouvir. Disse que não faltaria. (diário de campo, jan.2015)

O M foi informado do deferimento relativo ao pedido do cabaz de alimentos. Informámo-lo de que deveria ter na sua posse os direitos e deveres inerentes a este apoio, deverá dispor desta informação para assim não ocorrer em incumprimento, referiu que ia tratar de junto da entidade obter este documento. (diário de campo, set.2015)

É sobre a reação a esta participação dos/as técnicos/as da equipa de rua como “advogados” dos/as utentes e mediadores/as da relação com os serviços (Menezes, 2010) que nos debruçaremos a seguir.

4. *Advocacy* ou intromissão? Das relações entre equipa de rua e serviços

An unavoidable dimension of conflict is present in each and every project and has to be recognised, in spite of the discomfort and insecurity it might cause community professionals.

Coimbra & Menezes, 2009 (p. 92)

A proximidade e a confiança que os/as utentes vão construindo com a equipa de rua possibilitam que estes/as se aproximem também das estruturas de saúde e de um conjunto de serviços dos quais se mantêm afastados/as (Mata & Fernandes, 2016). Esta é umas das principais razões de ser das equipas de rua, aliás. Por isso, é fundamental a ligação destas a outras estruturas locais (*idem*). A equipa de rua pode (e deve) servir de ponte entre estes organismos e os/as utentes consumidores/as de drogas, agilizando o seu contacto e acompanhamento (*idem*; Pinto & Peixoto, 2003), “procurando sempre melhorar e facilitar a acessibilidade dos utentes a direitos e recursos sociais (que além de limitados são também rígidos)” (Barbosa, 2011, p. 77).

Nos primeiros anos, muito centrada na dimensão sanitária do projeto, a equipa de rua considerava concluído o seu trabalho a partir do momento em que encaminhava o/a utente para uma resposta mais estruturada como a segurança social ou a ETET. Era princípio da equipa assumir que a partir daí caberia àqueles/as profissionais dar seguimento ao caso, deixando de ser matéria da nossa jurisdição. Ora, o que acabávamos por observar era a quantidade significativa de utentes que em pouco tempo voltava a afastar-se dos serviços, por recaída, perda de apoios e dificuldade na comunicação com aqueles.

Aquilo que fomos percebendo ao longo do tempo era que, por exemplo, o contrato de inserção das pessoas com consumos problemáticos de drogas era frequentemente desajustado do seu perfil e da sua trajetória, revestindo-se ainda de um grande desequilíbrio entre as exigências feitas ao/à beneficiário/a e o acompanhamento que lhe era dado no sentido de o apoiar no plano estabelecido. É a percepção de que havia uma abordagem

desajustada que leva ao reconhecimento por parte da equipa de que o seu papel de mediação deveria ser reforçado, agora com uma vertente de *advocacy* mais vincada. Ora, muita da atividade da equipa de rua passava pela “contenda pela atribuição e garantia de direitos declarados, pela promoção e protecção dos direitos de uma população afectada por processos de estigmatização ligados à inferioridade do seu estatuto social (marginais, delinquentes e drogados)” (Barbosa, 2011, p. 77).

No âmbito da ação “Programas de desintoxicação: toxicodependência” é necessário equacionar se o programa está efetivamente a funcionar e que ajustamentos podem ser feitos a este nível para que haja maior garantia de resultados. A manutenção da abstinência reveste-se atualmente de uma grande dificuldade para o utente, o que nos leva a questionar se o estágio em que se encontra se compadece com este patamar de exigência. De facto, insistir num programa a cujo nível de exigência o indivíduo não consegue responder, é abrir caminho para o incumprimento, para o sentimento de falha e consequente abandono dos serviços e afastamento de qualquer abordagem na área das dependências. (informação da ER sobre o utente D, jul.2015)

O que advogávamos junto dos/as técnicos/as de RSI e da ETET era que a “falha” num programa de tratamento não deveria ser penalizadora para o indivíduo, mas antes encarada como parte do processo. Procurávamos também sensibilizar para o facto de a cessação dos apoios com base numa exigência de abstinência muitas vezes desajustada ter como efeito principal agravar a exclusão das pessoas com consumos problemáticos de drogas, contrariando designadamente a finalidade do Rendimento Social de Inserção. De facto, tem sido evidenciado que as ameaças eminentes de perder o rendimento, a habitação ou qualquer outro apoio em caso de recaída nos consumos ou de abandono de terapêutica, não têm grandes resultados na manutenção da abstinência ou no cumprimento do tratamento (Branco, 2013). Pelo contrário, o efeito parece ser o oposto, daí a “importância de manter as pessoas em acompanhamento e de evitar que estas abandonem os seus profissionais e estruturas de referência, garantindo, assim, que têm sempre presentes os recursos necessários para progredir com as suas vidas, evitando-se constantes recomeços e recaídas que tendem a marcar os seus percursos.” (*idem*, p. 15).

(...) Do nosso ponto de vista é efetivamente central que seja equacionado em que medida o estabelecimento deste tipo de exigências relativamente às pessoas com consumos problemáticos constituem fatores de promoção da inclusão ou, pelo contrário, acabam por funcionar como precipitadores e/ou agravadores de situações de exclusão social. (...). Em síntese, o IN-Ruas manifestar-se-ia desfavoravelmente à cessação desta prestação e proporia uma revisão das ações do acordo de inserção, mediante adenda. (interpeção da ER acerca de uma das propostas de cessação de prestação de RSI por motivos de incumprimento da ação “Programas de desintoxicação: Toxicoddependência”, out.2016)

(...) 2. ter-se-á em conta a situação biopsicossocial do indivíduo, nomeadamente a motivação intrínseca, para proceder a esta transição de programa? Ou, pelo contrário, a transição terá de acontecer, independentemente da sua vontade e capacidade?

3. se o indivíduo não transitar de programa conforme estabelecido, prevê-se uma punição mediante a cessação da prestação ou, pelo contrário, uma avaliação da adequabilidade do acordo e eventual revisão do mesmo?

(...) nesta lógica, faria muito mais sentido que a ação na área das dependências a constar do acordo do RSI fosse mais genérica, para poder contemplar apoio mais adequado a cada indivíduo. Por exemplo, “Acompanhamento na resposta X no âmbito da dependência de X”. Este tipo de formulação prevê precisamente colocar o foco da adequabilidade do acompanhamento, cujos objetivos podem variar consoante o indivíduo e a evolução do caso. (interpelação da ER acerca de um contrato de inserção que contemplava a ação “Transição para o programa terapêutico de alto-limiar exigência”, abr.2017)

Defendemos também que o programa de redução de riscos deveria ser considerado no leque de ações para pessoas com consumos problemáticos de drogas uma vez que, por um lado, podia ser para algumas pessoas a ação mais adequada no âmbito do seu problema de dependência de substâncias e, por outro lado, não havia nenhum impedimento legal (inúmeras vezes evocado) à contemplação de um programa de tratamento pouco estruturado como o PSO-BLE no âmbito de um contrato de inserção de RSI, como aliás era feito noutros territórios.

Integrar o PSO-BLE é não só mais adequado do ponto de vista do seu padrão de consumos, como constitui um meio de manter o utente ligado aos serviços e, numa lógica de exigência em escada, promover a longo prazo uma transição para um programa de alto limiar conducente à abstinência, mediante avaliação social e clínica de que o utente reúne condições para tal. A transição de programa deve efetivamente fundamentar-se na adequabilidade biopsicossocial para o indivíduo em particular e não em timings específicos definidos a priori, sob pena de não produzir os resultados desejáveis. (informação da ER sobre o utente D, jul.2015)

Apesar disso, e dando inclusivamente conta de que noutros territórios isso sucedia, a possibilidade de uma ação de RRMD ser integrada nos acordos de inserção de pessoas com consumos problemáticos de drogas foi liminarmente rejeitada pelos serviços como ação elegível em acordos de inserção.

É necessário aumentar a consciência sobre os danos criados pelas políticas que têm impacto no uso problemático de substâncias, nomeadamente as políticas de habitação, saúde e rendimento. Em particular, as estratégias antidrogas refletem valores ideologicamente dominantes e ignoram as diferenças estruturais que podem reduzir as desigualdades na saúde e o acesso aos cuidados de saúde (Pauly, 2007). Neste sentido, o trabalho de *advocacy* ganha especial relevo: “Sobretudo no caso de utilizadores de drogas ilícitas que passaram períodos prolongados em situações de exclusão e opressão, vendo-se impossibilitados de exercer e reivindicar os seus direitos mais elementares, estes profissionais promovem práticas anti-

discriminatórias para alcançar a equidade de tratamento e igualdade de oportunidades no acesso aos serviços sociais.” (Barbosa, 2011, p. 77).

Teria sido fundamental, como preconizámos (IN-Ruas, 2016, 2018), a sensibilização da comunidade técnica para, por um lado, a intervenção de redução de riscos e minimização de danos e a sua complementaridade face às outras respostas e, por outro lado, a necessidade de promover práticas inclusivas com estes indivíduos, que fossem proporcionais e ajustadas à complexidade das problemáticas que apresentavam, com vista à garantia dos direitos humanos fundamentais como a habitação, a alimentação e a saúde, e promoção da cidadania num sentido mais lato. Mas não fomos bem sucedidos/as nesta tarefa.

O estímulo à participação e ao questionamento como mecanismo de libertação e empoderamento dos/as utentes terá contribuído de certa forma para colocar em causa o *status quo* da comunidade técnica, o que acabou por conduzir a um clima de conflitualidade entre equipa de rua e alguns serviços, onde a presença daquela para discutir casos de utentes⁵ ou acompanhar os/as mesmos/as aos atendimentos era confrangedoramente tolerada ou até impedida, por ser vista como intromissão. Alguns e algumas utentes contaram ter sido dissuadidos/as de contactar a equipa de rua.

Dissemos-lhe que estávamos aqui para o apoiar e é uma decisão só dele contactar ou não a equipa, disse: “É isso! Eu é que sei, acho que ainda sou livre e apesar de doente ainda sou capaz de decidir...”. (diário de campo, jan.2015)

Questionado se compareceu à consulta do dia 12, respondeu afirmativamente. E que não foi sozinho, a Dra. Y foi com ele. Disse-me que ela lhe havia perguntado se continuava a contactar com a equipa de rua, e que respondeu que não: “disse que não vinha cá para não haver problemas, não querem que eu venha cá, se eu precisar de alguma coisa é com elas que tenho de falar”. (diário de campo, jan.2015)

O R afirmou que no X as alterações que fizeram quanto à distribuição das senhas deveu-se ao fato de existir um entra e sai de utentes (...) para virem à equipa de rua: “não tenho dúvidas disso, não nos querem aqui muito tempo”. (diário de campo, ago.2017)

Como descrevemos atrás para a reação da comunidade e das forças repressivas à equipa, ao contribuir para a conscientização e desocultação das vivências de discriminação e arbitrariedade na relação entre utentes e serviços, também em alguns serviços se fez sentir a reação negativa ao projeto de RRMD.

⁵ Chegou a propor-se que a equipa de rua tivesse assento no NLI para discutir os casos dos/as utentes que acompanhava, mas a proposta foi recusada, com a justificação de já haver uma entidade da área das dependências representada, a ETET (ainda que noutras áreas, como o emprego e a formação, essa representação fosse feita por mais do que uma entidade).

Na opinião dele o IN-Ruas não é valorizado ou tido em conta pelas outras entidades: “devia ter mais peso... é o que eu acho!” (diário de campo, dez.2014)

Quando questionado se o atendimento havia corrido bem, o utente respondeu: “até correu, pior foi no fim, ui ui, o que eu fui dizer! Disse que as únicas que realmente me tinham ajudado tinham sido as do IN-Ruas... Disseram que também tinham lá bons enfermeiros...” que visão! Em vez de ficarem agradadas pelo serviço prestado pela ER, não, olham para as técnicas da equipa como rivais... (diário de campo, set.2015)

Apesar da equipa procurar a todo o momento a articulação e mediação com as entidades e técnicos/as da área social que intervinham com os/as utentes que acompanhávamos, as diferenças de visão e as dificuldades colocadas à participação da equipa tornaram a comunicação muito difícil, comprometendo em grande medida o trabalho de mediação e *advocacy*, ainda que nunca tenhamos deixado de o fazer. Como diz Fernandes (2011), “Os pensamentos coisista e construtivista confrontam-se com regularidade nos palcos onde se tece a definição dos objectos e da respectiva reacção social. Este confronto é muitas vezes marcado pela dificuldade em escutar e compreender o ponto de vista antagónico” (p. 19). Eis o que parece ter acontecido: o desenvolvimento de uma incapacidade mútua de nos escutarmos e compreendermos.

CONSIDERAÇÕES

The time has come to use knowledge for liberation.

Prilleltensky, 1999 (p. 103)

A partir da relação entre o “drogado” e a comunidade já explorada por Fernandes & Araújo (2010), focámos o nosso olhar nas relações entre pessoas com consumos de drogas e os serviços e entre estes e o projeto de RRMD.

Este olhar trouxe à luz uma parte da realidade construída pelos/as atores/atrizes sociais, uma visão parcial e comprometida, uma narrativa que não reclama neutralidade e que escolhe dar destaque às “figuras da vitimação coletiva” (Fernandes, 2006a), vítimas coletivas do estigma (Goffman, 1963) e da rejeição dos empresários da moral (Becker, 1963) – comunidade, forças repressivas e instâncias que atuam na área da exclusão social.

Vários estudos revelam que o estigma associado ao uso de drogas pode ter um impacto negativo nas interações e no acesso aos cuidados de saúde. Em investigações sobre as experiências das pessoas em situação de sem-abrigo ou com consumos de drogas, as atitudes negativas, julgamentos e discriminação foram identificadas como as principais barreiras em aceder aos cuidados de saúde (Pauly, 2007). Pinto & Peixoto (2003) assinalam dois tipos de discriminação das estruturas de apoio face às pessoas com consumos problemáticos de drogas: a primária, quando não existem nos serviços de rede respostas adequadas a estes casos; e a secundária, quando existem, mas não lhes são proporcionadas. Temos como exemplo mais evidente de discriminação primária naquele território o facto de não existir resposta para pessoas em situação de sem-abrigo (a resposta apresentada ao/à utente passava invariavelmente pela deslocalização para outro concelho). Como exemplo de discriminação secundária assinala-se a dificuldade de acesso e/ou manutenção de apoios sociais, com elevada expressão nos cortes de RSI a pessoas que não abandonavam os consumos de drogas nos prazos impostos pelos serviços. Transversalmente, destaca-se como uma dimensão importante da violência institucional experienciada pelos/as utentes a falta de participação e de poder de negociação nos assuntos que lhes diziam respeito.

Ora, as equipas de rua têm, no mínimo, duas responsabilidades: “a de levar conhecimentos ao consumidor (formas mais seguras de injeção, instituições existentes, direitos e deveres do cidadão, etc), mas também a de devolver à sociedade e às entidades com

responsabilidades de decisão e de acção sobre este fenómeno, o saber dos seus actores e as suas condições de vida. Este conhecimento poderá depois permitir práticas interventivas mais realistas e adequadas, ao mesmo tempo que contribui para uma diminuição do fosso que existe entre os consumidores de drogas e a comunidade em que se (des)inserem” (Pinto & Peixoto, 2003, p. 54). Foi esta responsabilidade que o projeto de RRMD assumiu desde cedo, procurando junto dos serviços contribuir, não só para intervenções mais adequadas, mas também mais participadas.

“Así pues, estamos en una situación en la que se ha hecho evidente que el campo de la reducción de daños y riesgos en drogas depasa un ámbito meramente técnico para convertirse en un lugar de experimentación y de propuestas que se incardinan en nuevas formas de abordar la realidad, de las drogas y de la vida en general. (...) Y los aspectos técnico-profesionales, por más que sean centrales en nuestro tipo de sociedades contemporáneas, forman parte de unos procesos ideológicos más generales en los que la manipulación simbólica implicada tiene que ver con la confrontación entre distintas formas de ver el mundo y, por lo tanto, con los posicionamientos en los conflictos inherentes a las relaciones de poder. Es en este sentido que las políticas de reducción de daños son, en estos momentos, un campo de lucha ideológica en el que se dirimen distintas alternativas de control social” (Romaní, 2005, p. 100).

1. A minha experiência como analisador da subalternização da RRMD em Portugal

Às intervenções de mediação que a equipa procurou desenvolver está subjacente a ideia de que existe um conflito de interesses entre os serviços que são relativamente poderosos (detêm saber especializado, informação e recursos) e os/as utentes, com interesse neste processo mas sem poder, uma vez que têm dificuldade em expressar as suas vontades e não têm voz ativa nos processos que lhes dizem respeito (Menezes, 2010). Já Marlatt (1999, in Barbosa, 2011, p. 79) defendia que a RRMD visava capacitar os/as utentes procurando “(...) minimizar o diferencial de poder entre aqueles que administram e prestam serviços e aqueles que são contemplados por eles, para dar voz nas decisões de como, onde e de que maneira

as pessoas são tratadas”. Neste sentido, tendo em consideração aquelas que eram apontadas pelos/as utentes como situações de opressão⁶, e numa perspetiva pragmática e humanista, a equipa de rua procurou interceder junto da comunidade técnica, advogando fundamentalmente o seguinte: 1) mais voz e participação das pessoas que utilizam os serviços; 2) maior adequabilidade dos programas no âmbito dos consumos de drogas, o que implica considerar a RRMD como possibilidade de intervenção e 3) abordagem mais abrangente e inclusiva sobre e com a pessoa com consumos de drogas.

Apesar das intervenções de mediação partirem do pressuposto de que o papel dos/as profissionais de intervenção comunitária também envolve tomar posições na esfera pública em defesa dos interesses dos/as utentes enquanto grupos discriminados (Menezes, 2010), creio que este fator de visibilização do sofrimento e da injustiça social sentidos pelos/as utentes, associada à atividade de *advocacy* desenvolvida pelas equipas de proximidade, pode contribuir para o desvalor que atinge a relação das equipas com as instituições externas, mas também com aquelas que promovem os projetos. De facto, nem sempre a intervenção de *advocacy* é bem acolhida pelas entidades junto de quem as equipas procuram sensibilizar e advogar pelos direitos dos/as utentes. E também internamente, nas instituições promotoras dos projetos, esta postura dos/as técnicos/as que assumem uma dimensão de ativismo na sua prática interventiva nem sempre é bem acolhida, uma vez que parece ser conflituante com os interesses das entidades e potencialmente prejudicial às boas relações entre organizações em determinado território. O/a profissional fica então encurralado/a entre o seu compromisso ético e profissional e o efeito repulsor que recebe de entidades internas e externas, o que enfraquece o potencial do seu trabalho de promoção do bem-estar social que, na minha perspetiva, não pode ficar relegado para segundo plano em qualquer intervenção na área da exclusão social.

Não obstante a crescente aceitação internacional da RRMD e de toda a evidência científica dos resultados alcançados por esta abordagem interventiva (Rhodes & Hedrich, 2010; Ti & Kerr, 2014), é muito forte ainda a oposição a esta política de intervenção, e persiste a crítica antiga de que esta abordagem é complacente e promove o uso de drogas (Hunt et al., 2003). Em Portugal, apesar da Redução de Riscos e Minimização de Danos ter alcançado a legitimação política em 2005 (Barbosa, 2009) e de se ter revelado um pilar fundamental no

⁶ Utilizo aqui os conceitos de opressão, libertação e bem-estar (Nelson & Prilleltensky, 2010; Prilleltensky & Nelson, 2002), centrais na Psicologia Comunitária e que influenciam todo o trabalho.

“sucesso” do aclamado modelo português, este eixo de intervenção tem vindo a sofrer um processo de desvalorização e invisibilização, com impacto negativo nas equipas que trabalham no terreno e, portanto, nos/as utentes que estas acompanham. Esta subalternização da RRMD no dispositivo, valendo-se de profissionais cujo perfil é de uma enorme exigência (APDES, 2013; Pinto & Peixoto, 2003) mas que continuam a ser “os elementos sem abrigo da estratégia interventiva” (Pinto & Peixoto, 2003), resulta numa ajuda insuficiente e compromete o empoderamento de técnicos/as e utentes. Como alerta Menezes (2010), “nunca é demais sublinhar que o empoderamento das pessoas não se faz sem o empoderamento dos profissionais que com elas interagem. (...) Ora, a promoção do empoderamento das pessoas e das comunidades depende de profissionais autónomos e reflexivos, capazes de questionarem as suas práticas e de se empenharem na sua inovação” (p. 87-88).

De facto, verifica-se ainda uma resistência à implementação da RRMD tal como pensada na Estratégia Nacional de 1999 e consagrada na Lei 30/2000 de 29 de novembro e no Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho, havendo fortes sinais da prevalência dos paradigmas médico e moral no nosso país. Em 2018, há ainda medidas de RRMD por implementar, apesar de toda a evidência da sua eficácia em diversos países, designadamente a prescrição de heroína sob controlo médico, a troca de seringas nas prisões, as salas de consumo assistido. Em 2018, as respostas experimentadas na década de 80 e consagradas legalmente desde 2001 continuam a aguardar uma efetiva legitimação política, que vá além da letra da lei. Mantém-se uma significativa resistência política e profissional manifestada no campo da saúde, que contrasta com o orgulho exibido internacionalmente pelo “modelo português”, cujo sucesso sabemos dever-se em grande medida à integração de medidas de RRDM no dispositivo. Não obstante, a intervenção continua claramente mais vocacionada para o tratamento e para os programas livres de drogas, com a RRMD ainda longe de ser um conceito pacífico em termos políticos e ideológicos e, portanto, relegada para um plano secundário no dispositivo das drogas em Portugal (Barbosa, 2009). Barbosa apontava em 2009 que a redução de danos não tinha ainda alcançado a maturidade política para que pudesse configurar-se como uma política pública consistente de gestão dos riscos sociais. Diria antes que é a política que carece, ainda hoje, de maturidade para assumir sem complexos uma estratégia de intervenção humanista, pragmática e com resultados amplamente demonstrados.

2. R3: experiências partilhadas, conscientização e resistência

The critical psychologist cannot promote change on his or her own – support from peers and partners is crucial.

Prilleltensky & Nelson, 2002 (p. 149)

A experiência de estigmatização e reação social às pessoas com consumos de drogas e as dificuldades das equipas que as acompanham estão longe de ser exclusivas daquele território cuja experiência aqui evoco. A participação no R3, o contacto com vários projetos de RRMD e a partilha de práticas de intervenção e constrangimentos vividos nos respetivos territórios de intervenção permitem-me aportar representatividade à minha vivência local.

Para além da oposição por parte de diversos serviços com quem fazem mediação, as equipas de rua deparam-se muitas vezes com a inércia ou mesmo a resistência de algumas entidades promotoras, tantas vezes sem qualquer vocação para a RRMD ou para implementar e defender práticas de *advocacy*. Um/a profissional de RRMD resumia assim o processo de isolamento e estigmatização experienciado:

“Sometimes outreach work is not sufficiently important to the community and the organisations that promote it, thus helping to keep it underground. Some may not consider outreach and harm reduction as important pivots for the political development of the organisation. In other cases, although the importance is acknowledged, the practical investment is small (minimal resources for outreach work, selecting workers with low qualifications to perform the job, giving insufficient support to workers and project actions, not advocating for these causes). As a result, outreach workers might feel isolated, similar to their target group.” (APDES, 2013, p. 71).

Pinto & Peixoto (2003) há muito assinalaram: “Estes profissionais, trabalhando numa área particularmente difícil e frustrante, sujeitos a um número considerável de perigos (e sem beneficiarem de subsídios de risco), muitas vezes em situações de emprego precário, dispensavam bem as interferências desestabilizadoras.” (p. 59). Já Pierre Bourdieu (1998, in Pinto & Peixoto, 2003) havia alertado para o sofrimento dos/as trabalhadores/as sociais: “Tudo isto tem qualquer coisa de surpreendente, sobretudo para aqueles que são postos na primeira linha do desempenho das chamadas funções “sociais”, encarregados de colmatar as insuficiências mais intoleráveis da lógica de mercado, mas sem que lhes sejam dados meios que lhes permitam realizar deveras a sua missão”.

Um dos constrangimentos que muitas equipas apontam é uma tendência para a desvalorização do seu trabalho, muitas vezes por parte das entidades que acolhem os

projetos. Mas esta subalternização começa muito antes, na tutela, com a implementação da RRMD numa lógica de projetos (respostas temporárias, renováveis por períodos de 2 anos), com projetos suborçamentados e com financiamento parcial, em apenas 80% (Pinto, 2017). O que se sente é uma “desvalorização que não é discursiva mas atitudinal. Há como que uma postura paradoxal e ambivalente perante este tipo de intervenção: ao mesmo tempo que se reconhece a sua importância, ele é desinvestido no dia-a-dia.” (Pinto & Peixoto, 2003, p. 58). Eis-nos perante o processo de desvalor que há tanto tempo atinge os/as utentes com quem trabalhamos.

Efetivamente o que encontramos hoje na RRMD são muitas equipas desempoderadas, em situações precárias, sem vínculo laboral, baixos salários, e enormes desafios a dar resposta no terreno. Eis as situações com que a maioria dos/as profissionais de RRMD em Portugal somam ao sofrimento que trazem da rua. Como pode um/a técnico/a desprovido/a de poder fazer *advocacy* pelos/as utentes? A RRMD é hoje em Portugal uma espécie de intervenção *low-cost*, munida de “super-técnicos/as” chamados/as a colmatar as insuficiências do sistema. Creio por isso que um dos constrangimentos que se colocam às equipas de RRMD decorre da falta de reconhecimento como abordagem legítima por parte do dispositivo das drogas, por um lado, e por parte dos restantes serviços, por outro. Mas parece-me evidente que a segunda não acontecerá sem a primeira.

Há mais de uma década, num trabalho de caracterização das práticas de RRMD em Portugal, Fernandes et al. (2006) chamavam a atenção para a necessidade de a RRMD ser alvo de investimento sério e consistente por parte das políticas de saúde:

“Têm de ser assumidos compromissos de continuidade no tempo. Enquanto os técnicos tiverem de lutar a cada ano pela sobrevivência, uma parte importante da sua disponibilidade será para ali canalizada e não para a criação de respostas cada vez mais eficazes e criativas. Não é possível que todos os anos os projectos se vejam perante a asfixia financeira enquanto dura o período de avaliação anual do seu desempenho. Isto provoca interrupções no trabalho de terreno e elevada rotatividade na constituição das equipas, o que corrói a principal matriz de alteração de comportamentos (com aliás foi confirmado por grande parte dos profissionais entrevistados) – o estabelecimento duma relação de confiança com os utilizadores dos serviços.” (p. 81).

Depois de um longo período de inércia e sofrimento (Bourdieu, 1998, in Pinto & Peixoto, 2003, p. 59), as equipas ganham consciência do lugar de subalternização que a tutela lhes atribui: “A atitude dos políticos é, também ela paradoxal: ao mesmo tempo que solicitam intervenções técnicas para a resolução dos problemas sociais, colonizam-nas contrariando depois os pareceres desses mesmos técnicos e, não raro, boicotam-nas por não disponibilizarem os recursos necessários.”. Ao intervir na rua, nas margens e com as margens, os/as técnicos/as sofrem então um processo de desvalor, de perda de estatuto. As equipas tornam-se também elas desviantes (Matza, 1969) no dispositivo das drogas. E esse desvio, precisa ser reconhecido para ser negociado. As equipas, como os/as utentes, estão em processo de renegociação do seu rótulo. Mas atentemos no alerta lançado por Romaní (2005):

“Pero, claro, mientras se mantenga el discurso marginalizador y estigmatizante, y las condiciones que lo hacen posible, será muy difícil que esta negociación se dé en los términos de la mayor normalidad social y pueda producir resultados eficaces. Porque una cosa que ha ocurrido, cuando no se ha tenido una visión global y compleja de las PRD, es que éstas se han acabado convirtiendo en iniciativas marginales para grupos marginales, es decir, soluciones baratas para grupos a los que no se da ya ningún tipo de esperanza, que se consideran “aparcados” de la sociedad, con lo que se ha intensificado mas su marginalización; y no sólo la suya, sino que se ha “contaminado” de la misma a las PRD, como políticas sólo para casos difíciles. Por lo tanto, para que la implicación de todos los interesados, en el sentido mas amplio del término, pueda dar sus frutos, es indispensable la normalización de la percepción y la gestión de las drogas y de sus problemas, y el asegurar vías de participación ciudadana que garanticen una gestión democráticamente transparente de este tema que, hoy por hoy, continua teniendo aspectos sustancialmente conflictivos.” (p. 100-101).

É urgente recuperar o ativismo dos/as profissionais na defesa da RRMD, na sua legitimação como resposta do dispositivo. E isso implica, também, defender o mínimo de dignidade para os projetos e para as equipas que os desenvolvem. De facto, não é mais possível aceitar que a RRMD seja vista como uma “iniciativa marginal para grupos marginais” (Romaní, 2005), um tipo de intervenção *low-cost* que sobrevive de um certo espírito ativista e de sentido de missão que acaba por invisibilizar as circunstâncias opressoras quer para técnicos/as, quer

para utentes. A RRMD em Portugal foi levada aos seus limites, e alcançar as pessoas foi sempre a prioridade, relegando o trabalho de lobby e mudança para segundo plano (Pinto, 2017). Mas tem havido nos últimos anos um processo de conscientização das equipas, de tentativas de desenvolver um trabalho político, de libertação. O R3, ao constituir-se espaço de encontro e de partilha entre pares, tem tido um papel fundamental nesse caminho. No último ano em particular, esta rede intensificou as suas iniciativas de âmbito político, procurando influenciar as decisões em torno da RRMD, com vista a retirá-la das margens, da precariedade, da invisibilidade. Multiplicaram-se os esforços para fazer chegar as principais preocupações e propostas à Assembleia da República, ao Ministério da Saúde e ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). E em março do presente ano, a Assembleia da República aprovou duas recomendações ao Governo que vão ao encontro das propostas apresentadas pela Rede: a Resolução nº 191/2018, que recomenda um modelo de intervenção na área das dependências com respostas mais integradas e articuladas e uma aposta na redução de riscos e minimização de danos, e a Resolução nº 195/2018, que recomenda a reformulação das condições de atribuição de apoio financeiro pelo SICAD a entidades promotoras de projetos de redução de riscos e minimização de danos. Sendo certo que as recomendações são ainda apenas isso e que, portanto, se situam num plano simbólico, aquém da efetivação plena vinculada através da lei, não é despreciando o facto de as reivindicações defendidas pelo R3 terem avançado mais este passo no processo da legitimação da RRMD.

Mas importa ir mais além e olhar para estas circunstâncias de um ponto de vista mais vasto, atravessando políticas de saúde, educação, emprego, pobreza, exclusão social, para nomear só algumas. E não só no campo da RRMD, mas também na forma como alguns serviços implementam as respostas pensadas pelo Estado para apoiar as pessoas em situação de maior vulnerabilidade social. Seria efetivamente muito relevante trazer compreensão às causas e aos mecanismos que estão por trás dos fenómenos de segregação e rejeição que esses serviços manifestam, mas essa análise não coube neste trabalho. De facto, é necessário um debate mais geral sobre as nossas sociedades, sobre os jogos de forças e as diferenças de poder, sobre o Estado social.

3. Como a RRMD me confirmou psicóloga comunitária crítica

However clear we are as community psychologists about our values, the world of action is one that is complicated and rife with conflicts, contradictions and ethical dilemmas. When we try to change the status quo, we inevitably run up against many obstacles and much resistance, including our own blind spots and weaknesses. Creating social change is a struggle.”

Nelson & Prilleltensky, 2010 (p. 152)

Quando olho para a minha experiência na Redução de Riscos e Minimização de Danos surge-me uma imagem de luta extenuante contra as cruzadas morais, as mesmas que no final do século XIX fundavam a abordagem proibicionista, rumo a um “mundo livre de drogas”. Apesar de esta ser uma reflexão parcial e comprometida, ao ancorar-me numa abordagem crítica, e não obstante não ter reclamado neutralidade neste trabalho, procuro não isentar a RRMD e a minha própria prática da discussão. Importa-me discutir o papel da RRMD e dos/as profissionais que lhe dão corpo no terreno: invisibilização da opressão e controlo social ou libertação e transformação social? É a partir dessa discussão que reencontro os principais alicerces da minha identidade profissional.

Mata & Fernandes (2016) assinalam o seu ceticismo quanto ao poder transformador e emancipador da RRMD face aos problemas das pessoas com quem trabalha: “Criarão estas equipas de terreno as condições para a visibilidade de grupos que permanecem em situação de pobreza e “exclusão social” ou, pelo contrário, funcionarão involuntariamente como neutralizadores do “espetáculo da droga” que neutraliza o seu poder denunciador face às problemáticas quotidianas com que se enfrentam?” (p. 21). Efetivamente, é importante distinguir melhoria de transformação: a primeira significa que se operam mudanças com vista ao bem-estar, mas sem desafiar as estruturas de desigualdade e injustiça, enquanto a segunda refere-se a mudanças que procuram mudar as relações de poder e eliminar a opressão (Nelson & Prilleltensky, 2010). A maioria das intervenções da Psicologia Comunitária, e também de RRMD, têm uma natureza melhorativa e não se dirigem aos fatores de risco macro-sistémicos (*idem*). A RRMD cria efetivamente oportunidade de melhoria dos cuidados e de acesso aos serviços de saúde que a muitas destas pessoas estavam muradas, mas é insuficiente para se dirigir adequada e eficazmente às condições sociais que produzem as desigualdades (Pauly, 2007). E ao melhorar as condições mais imediatas, a gestão dos riscos acaba por contribuir para a invisibilização de um grupo cujo sofrimento,

se o escutarmos, denuncia desigualdade, estigma e injustiça social. É sobre estes males que importa também agir, sob pena de nada mudar.

A intervenção no terreno confrontou-me com o facto de a RRMD, se implementada num sentido restrito, acabar por contribuir para manutenção do *status quo*. As práticas interventivas a que a RRMD se propõe, traduzem-se muitas das vezes numa intervenção de mudanças de primeira ordem, superficiais, melhorativas, e que, no essencial, deixam tudo como estava. Creio, como sugere Maguet (2013), que para além da dimensão sanitária que está na sua génese, a RRMD deve ser encarada como uma intervenção política que permita compreender as relações de poder e que se apetreche para agir no sentido de transformar essas relações.

“No estamos hablando sólo de la renovación de prácticas y culturas profesionales (aunque las incluye), sino también de la oportunidad de contribuir al debate ideológico y político – tanto a nivel de las prácticas sociales más cotidianas y concretas, como de las más macro – acerca de qué tipo de control social queremos impulsar: si nos conformamos con la “lógica de la contención” que tenderá, finalmente, a la reproducción del actual sistema social; o si decidimos aprovechar la ocasión e intervenir en esta transformación de las estrategias de control social para orientarlo hacia otro tipo de mundo un poco más vivible para todos sus habitantes.” (Romaní, 2005, p. 102)

Apesar de a RRMD consistir numa política de intervenção vincadamente remediativa, do ponto de vista social e político esse efeito tampão desde cedo me pareceu redutor, e até perverso, no sentido em que nos colocava, como equipa, muito mais ao serviço do controlo social e da manutenção do *status quo*, do que do lado das pessoas desfavorecidas. O reconhecimento da opressão dos/as utentes e a convicção de que a psicologia (e outros domínios da intervenção social) deve contribuir para a justiça social, impeliram-nos a uma intervenção que se pretendia mais transformadora e, portanto, promotora da libertação dos/as utentes. Ser psicóloga e responsável por um projeto que trabalhava para e com pessoas que enfrentavam um imenso estigma e situações de injustiça social, implicou que a minha ação fosse não apenas técnica, mas também profundamente política e comprometida com a mudança social (Menezes, 2010). Num *continuum* entre a intervenção melhorativa e transformadora, diria, agora à distância, que a minha intervenção naquele território foi, pelo seu alcance, menos de âmbito transformador e mais de caráter reformista, com uma procura

ativa no aperfeiçoamento das instituições, visando que as estruturas sociais trabalhassem melhor para as pessoas (Prilleltensky, 1999). Muito mais do que uma estratégia socio-sanitária, a Redução de Riscos e Minimização de Danos pode, e deve ser, o contexto onde se criam oportunidades de libertação e bem-estar.

Ao procurar ler o contexto da minha praxis, o processo de construção deste relatório tem-se revelado um caminho de conscientização. Este olhar retrospectivo sobre a minha experiência, abre-me agora a um novo saber e ajuda a compreender de onde vem aquilo que sou hoje, mas também aquilo que quero ser daqui para a frente. Em 2004, afirmava no meu relatório de estágio: “É assim que proponho o meu exercício da psicoterapia: uma prática social crítica, em que se cria um contexto de libertação pessoal e social.” (Aires, 2004, p. 12). Passados 14 anos, reencontro nos conceitos, princípios, e valores da Psicologia Comunitária Crítica a matriz da minha postura e da minha praxis como psicóloga.

Acredito que um dos maiores problemas sociais é a complacência da cultura dominante face aos problemas das pessoas em desvantagem e que o aumento da consciência, da indignação perante a injustiça social e a paixão pela mudança social são antídotos para essa complacência (Nelson & Prilleltensky, 2010). Por isso situo a minha praxis numa perspectiva crítica da intervenção comunitária, desafiadora das instituições e dos valores sociais dominantes e comprometida com as questões sociais que afetam os/as mais desfavorecidos/as (Prilleltensky & Fox, 1997). Defendo uma intervenção que, “em vez de enunciar e prescrever soluções para as pessoas se adaptarem às “condições de vida”, se trata de, em colaboração e parceria com elas, questionar, desafiar e confrontar o porquê e o sentido dessas condições e investir na sua transformação e melhoria.” (Menezes, 2010, p. 36).

A Psicologia Comunitária Crítica constituiu, assim, a bússola orientadora da minha intervenção no âmbito da RRMD e será certamente o norte da minha praxis futura como profissional de psicologia e interventora social: “trata-se de colocar o saber psicológico ao serviço da construção de uma sociedade em que o bem estar dos menos não se faça sobre o mal dos mais, em que a realização de alguns não requeira a negação dos outros, em que o interesse de poucos não exija a desumanização de todos” (Martin-Baró, 1986, in Menezes, 2010, p. 109). Eis o desígnio com que me comprometo: tomar partido, colocar o meu saber e o meu poder como psicóloga ao serviço daqueles/as que estão em desvantagem, cumprir, enfim, o ofício de “fazer política por outros meios” (Menezes, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, R. (2004). *Às vezes penso que trabalho num laboratório fotográfico. Esta é a minha câmara escura*. Relatório de estágio. Gabinete de Estudos e Atendimento a Vítimas, FPCEUP. (não publicado)
- Aires, S. (Coord). (2005). *In Extemis. Fenómenos, actores e práticas nos domínios da pobreza e da exclusão social extrema*. Cadernos REAPN, 9. Porto, REAPN.
- Albergaria, C., Santarém, C., & Caio, T. (2014). *Bem-me-Quer; Mal-me-Quer. O impacto das representações sociais na luta contra a pobreza em Portugal*. Porto, EAPN Portugal.
- APDES. (2013). *Professional Profile of the Outreach Worker in Harm Reduction*. Portugal. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4689>
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Toxicodependências*, 15(1), 33-42.
- Barbosa, J. (2011). Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos. *Toxicodependências*. 17(1), 71-84.
- Barbosa, M., Matos, R., & Machado, C. (2013). A psicologia da paz. *Psicologia*, 27(1), 47-61.
- Becker, H. (1963/1973). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.
- Blumer, H. (1982/1969). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora S.A.
- Branco, V. (2013). *Recovery e integração comunitária na prestação de cuidados a pessoas com experiência de sem-abrigo: um estudo exploratório comparativo entre casas independentes e quartos individuais*. Dissertação de Mestrado. ISPA – Instituto Universitário)
- Capucha, L. (2005). *Os desafios da pobreza*. Oeiras: Celta Editora.

- Cohen, S. (1972/2011). *Folk devils and moral panics*. Routledge.
- Coimbra, J., & Menezes, I. (2009). Society of individuals or community strength: Community psychology at risk in at-risk societies. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 9, 87-97.
- Coimbra, J., Duckett, P., Fryer, D., Makkawi, I., Menezes, I., Seedat, M., & Walker, C. (2012). Rethinking community psychology: Critical insights. *The Australian Psychological Society*, 24(2), 135-142.
- Costa, A. B. (1998). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Christie, D. J. (2001). Structural peacebuilding: Psychology and the pursuit of social justice. In D. J. Christie, R. V. Wagner, & D. A. Winter (Eds.), *Peace, Conflict, and Violence: Peace Psychology for the 21st Century* (pp. 277-281). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar – como a redução de riscos se fez incontornável. *Toxicodependências*, 11(2), 65-72.
- Cruz, O. S., & Machado, C. (2010). Consumo não problemático de drogas ilegais. *Toxicodependências*, 16(2), 39-47.
- Cruz, O. S., & Machado, C. (2013). Intervenção no fenómeno das drogas: algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia*, 27(1), 13-31.
- Cruz, O. S., Machado, C. & Fernandes, L. (2012). O ‘problema da droga’: Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise psicológica*, 30(1-2), 49-61.
- Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Espasa.
- Fernandes, L. (1998). *O sítio das drogas. Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fernandes, L. (2003). “A imagem predatória da cidade”. In G. Cordeiro, L. Vicente e A. Da Costa (Eds.), *Etnografias Urbanas* (pp. 53-62). Oeiras, Celta Editora.
- Fernandes, L. (2005). “Pobreza e Marginalidade no Virar do Milénio”. In S. Aires (coord), *In Extremis. Fenómenos, Actores e Práticas nos Domínios da Pobreza e da Exclusão Social Extrema*, Cadernos REAPN, 9. Porto, REAPN.

- Fernandes, L. (2006a). Figuras da vitimação colectiva. *Revista Europeia de Inserção Social*, 1, 57-78.
- Fernandes, L. (2006b). O medo à cidade. In *Actas do Encontro de Intervenção Social: Saberes e Contextos*. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Toxicodependências*, 15 (1), 3-18.
- Fernandes, L. (2011). Do estereótipo à visão fenomenológica: análises sobre o agarrado. *Toxicodependências*, 17(1), 17-31.
- Fernandes, L. (2014). A exclusão social como revelador das relações entre violência estrutural e violência quotidiana. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 19 (1), 175-186.
- Fernandes, L., & Araújo, T. (2010). *A Vida do Andamento – Para uma Caracterização dos Consumidores Problemáticos de Droga em Guimarães*. Porto: FPCEUP. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57499/2/44576.PDF>
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68.
- Fernandes, L., Pinto, M., & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, 12(2), 71-82.
- Foucault, M. (1975/2002). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Freire, P. (1979). *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. Cortez & Morales.
- Global Commission on Drug Policy. (2011). *Taking Control: Pathways to Drug Policies That Work*. Disponível em www.globalcommissionondrugs.org/reports/
- Global Commission on Drug Policy. (2014). *War on Drugs*. Disponível em www.globalcommissionondrugs.org/reports/
- Global Commission on Drug Policy. (2016). *Avanços na reforma de políticas sobre drogas: uma nova abordagem à descriminalização*. Disponível em www.globalcommissionondrugs.org/reports/

- Global Commission on Drug Policy. (2017). *The world drug perception problem: Countering prejudices about people who use drugs*. Disponível em www.globalcommissionondrugs.org/reports/
- Goffman, E. (1963/1975). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Grilo, P. (2013). A complexidade na intervenção com famílias socialmente vulneráveis. In C. Rivero, L. Sousa, P. Grilo & S. Rodrigues (Eds.). *Manual - Práticas colaborativas e positivas na intervenção social*. Leiria: EAPN Portugal.
- Ho, K. (2007). Structural Violence as a Human Rights Violation. *Essex Human Rights Review*, 4(2), 1-17.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., & Stimson, G. (2003). *Review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. London: Forward Thinking on Drugs.
- IDT. (2007). PORI, Diagnóstico Guimarães (Resumo). Lisboa.
- IN-Ruas. (2010). Relatório de execução (2008-2010). Guimarães: Sol do Ave. (não publicado)
- IN-Ruas. (2012). Relatório de execução (2010-2012). Guimarães: Sol do Ave. (não publicado)
- IN-Ruas. (2016). Relatório de execução (2014-2015). Guimarães: Sol do Ave. (não publicado)
- IN-Ruas. (2018). Relatório de execução (2016-2017). Guimarães: Sol do Ave. (não publicado)
- Kelling, G. L., & Coles, C. M. (1997). *Fixing broken windows: Restoring order and reducing crime in our communities*. Simon and Schuster.
- Lindekilde, L. (2013). Claims-Making. *The Wiley-Blackwell Encyclopedia of Social and Political Movements*. In David A. S., Donatella P., Bert K., & Doug M (Eds.). Blackwell Publishing Ltd.
- Machado, C. (2004). *Crime e insegurança: discursos do medo, imagens do outro*. Notícias Editorial.

- Maguet, O. (2013). Il faut séronégativer la réduction des risques!. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (36), 72-87.
- Maia Costa, E. (2001a). Novos rumos da política sobre drogas. *Toxicodependências*, 7(1), 3-15.
- Maia Costa, E. (2001b). Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Toxicodependências*, 7(3), 53-58.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. Nova Iorque, Guilford Press.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia*, 2(1), 7-27.
- Martins, D., Valente, H., & Pires, C. (2015). CHECK!NG: A última fronteira para a Redução de Riscos em contextos festivos. *Saúde e Sociedade*, 24, 646-660.
- Mata, S., & Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7 (1S), 1-25.
- Matza, D. (1969). *Becoming deviant*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Menezes, I. (2010). *Intervenção comunitária: Uma perspectiva psicológica*. Porto: LivPsic/Legis Editora.
- Menezes I., Teixeira P., & Fidalgo, M. (2007) Community Psychology in Portugal: From “Revolution” to Empowered Citizenship. In S. M. Reich, M. Riemer, I. Prilleltensky, M. Montero (Eds.) *International Community Psychology* (pp.317-334). Springer, Boston, MA
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2007). The political psychology of liberation: From politics to ethics and back. *Political Psychology*, 28(5), 517-533.
- Montero, M. (2011). A critical look at critical community psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12), 950-959.

- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (Eds.). (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Macmillan International Higher Education.
- Nepomuceno, L., Ximenes, V., Cidade, E., Mendonça, F., & Soares, C. (2008). Por uma Psicologia Comunitária como práxis de libertação. *Psico*, 39(4), 456-464.
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm – a conceptual framework for theory, practice and research. In *The reduction of drug related harm*. London: Routledge.
- Oliveira, O. (2008). *O mundo da prostituição de rua: trajetórias, discursos e práticas. Um estudo etnográfico*. Dissertação de Doutoramento. Porto: FPCEUP.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária: Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise psicológica*, 15(3), 375-388.
- Paugam, S. (1996). Les sciences sociales face à l'exclusion. In S. Paugam (Dir.) *L'exclusion: L'état des savoirs*. Paris: La Découverte.
- Pauly, B. (2008). Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*, 19(1), 4-10.
- Pinto, M. (2017). Case study country. Portugal – A snapshot of harm reduction funding. In Cook, C. (Coord.) *Harm reduction investment in the European Union: current spending, challenges and successes* (pp. 35-36). Harm reduction international.
- Pinto, M., & Peixoto, S. (2003). Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal. *Toxicodependências*, 9(2), 51-60.
- Prilleltensky, I. (1999). Critical psychology foundations for the promotion of mental health. *Annual review of critical psychology*, 1(1), 100-118.
- Prilleltensky, I. (2003). Understanding, resisting, and overcoming oppression: Toward psychopolitical validity. *American journal of community psychology*, 31(1-2), 195-201.
- Prilleltensky, I., & Fox, D. (1997). Introducing Critical Psychology: values, assumptions and status quo, In D. Fox; I. Prilleltensky (Eds.), *Critical psychology: an introduction*, pp. 3-20, London: Sage.
- Prilleltensky, I., & Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. Macmillan International Higher Education.

- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Riley, D., & O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. *Harm reduction: National and international perspectives*, 1000, 1-26.
- Romaní, O. (2005). Globalización, anti-globalización y políticas de reducción de daños y riesgos. *Eguzkilo*, 19, 91-103.
- Sampson, R. J. & Raudenbush, S. W. (2004). Seeing disorder: Neighborhood stigma and the social construction of “broken windows”. *Social psychology quarterly*, 67(4), 319-342.
- Schwandt, T. A. (2000). Three epistemological stances for qualitative inquiry: Interpretivism, hermeneutics, and social constructionism. *Handbook of qualitative research*, 2, 189-213.
- Sepúlveda, M., Báez, F., & Montenegro, M. (2008). *No en la puerta de mi casa: Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Espanha: Grup Igia
- Teixeira, P., Gonçalves, C., & Menezes, I. (2009). Community psychology in Portugal: Evolution and current trends in praxis and research. *Forum Gemeindepshologie*, 14(2).
- Ti, L., & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm reduction journal*, 11(1), 7.
- Valente, H., Pires, C., & Carvalho, H. (2018). Nightlife as an educational setting: the harm reduction perspective in Portugal. In J. N. Mateo & A. Eldridge (Eds.), *Exploring Nightlife: Space, Society and Governance* (pp. 192-206). Rowman & Littlefield International.
- Wacquant, L. (2001a). *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Revan.
- Wacquant, L. (2001b). *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos* (Vol. 6). Freitas Bastos Editora.

- Wilson, J. Q., & Kelling, G. L. (1982). Broken windows. *Atlantic monthly*, 249(3), 29-38.
- Young, J. (1971). *The drugtakers. The social meaning of drug use*. London: Palladin.